WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego

WARSZAWA

ROK II LISTOPAD 1928 ZESZYT XI

ROK II WARSZAWA 1928 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

H. VIOLET

W sprawie niepłodności pochodzenia macicznego i zabiegów wewnątrzmacicznych.

Leczenie niepłodności jest rzeczą trudną, a to wskutek tego, że stanowi ona zadanie o wielu niewiadomych, zadanie które chętnie byśmy chcieli rozwiązać matematycznie, ale które, niestety, pozostaje zagadnieniem biologicznem. Dopóki chodzi tylko o stosowanie przepłukiwań, lub środków opoterapeutycznych odpowiedzialność lekarza nie jest wielka, lecz z chwilą, gdy rozpoczyna się stosowanie zabiegów wewnątrzmacicznych, pamiętać należy, że mamy do czynienia z kobietą właściwie zdrową, którą jednak snadnie możemy przyprawić o chorobę.

Primum non nocere! oto hasło, którego nie wolno zapominać, gdy rozpoczynamy leczenie niepłodności.

Jako zasadę podstawową przytoczyć należy konieczność doboru przypadków. Należy wyłączyć chore, rzekomo dobrze się czujące, a u których leczenie mogłoby spowodować wznowę lub pogorszenie istniejących u nich spraw.

Z tego też względu rozróżniać należy niepłodność pierwotną od niepłodności wtórnej, występującej po pierwszem zapłodnieniu (poród lub poronienie). Właśnie wśród tej ostatniej kategorji niepłodnych natrafiamy najczęściej na tło chorobowe: tyłopochylenia z nieżytami szyi, tyłopochylenia ze zrostami, zapalenia omacicza, zapalenia jajowodów. Podział powyższy jest rzeczą nader ważną w mojem przekonaniu; poniżej będę się zajmował tylko niepłodnością pierwotną.

Czy zasada *primum non nocere* może służyć nam wskaźnikiem w wyborze postępowania leczniczego i czy, wśród powodzi stosowanych tu środków, istnieją rzeczywiście takie, których wyższość byłaby bezwzględnie dowiedziona?

Istotnie trzeba by mieć bardzo wysokie mniemanie o sobie, ażeby przypisywać

leczeniu nikłe wyniki otrzymywane w bezpłodności po stosowaniu zabiegów wewnątrzmacicznych. Rozpatrując spostrzeżenia widzimy, że odsetek wyników pomyślnych nie jest bynajmniej wysoki. I kto z ginekologów nie byłby w stanie, wobec kilku rzeczywistych wyników dodatnich po rozszerzeniu szyji, przytoczyć tyleż przypadków, w których młodej mężatce z niecierpliwością oczekującej zajścia powiedziano: „ma pani zwężenie szyji, niedorozwinięcie macicy w słabym stopniu; niech pani będzie cierpliwą jeszcze ze trzy miesiące; jeżeli pani nie zajdzie, trzeba będzie wykonać rozszerzenie szyji! — Trzy miesiące później chora jest w ciąży. Należy więc w ocenie wyników brać pod uwagę i rachunek prawdopodobieństw.

Co do mnie osobiście, to sądzę, że miałem tyleż wyników dodatnich, co i wtedy, gdy nakazywałem zaprzestanie leczenia, mającego usunąć nieżyt szyi, a w rzeczywistości go podtrzymującego. Wystarczy bowiem niekiedy zaprzestać przypalań szyi, przestrzykiwań i chora, omal że nie natychmiast, zachodzi w ciążę. Wziąwszy więc wszystko pod uwagę widzimy, jak zasada *primum non nocere* staje się coraz więcej oczywista.

Należyty dobór przypadków i odpowiedni wybór sposobów leczenia są przeto rzeczą najważniejszą i tę sprawę chciałbym poniżej omówić.

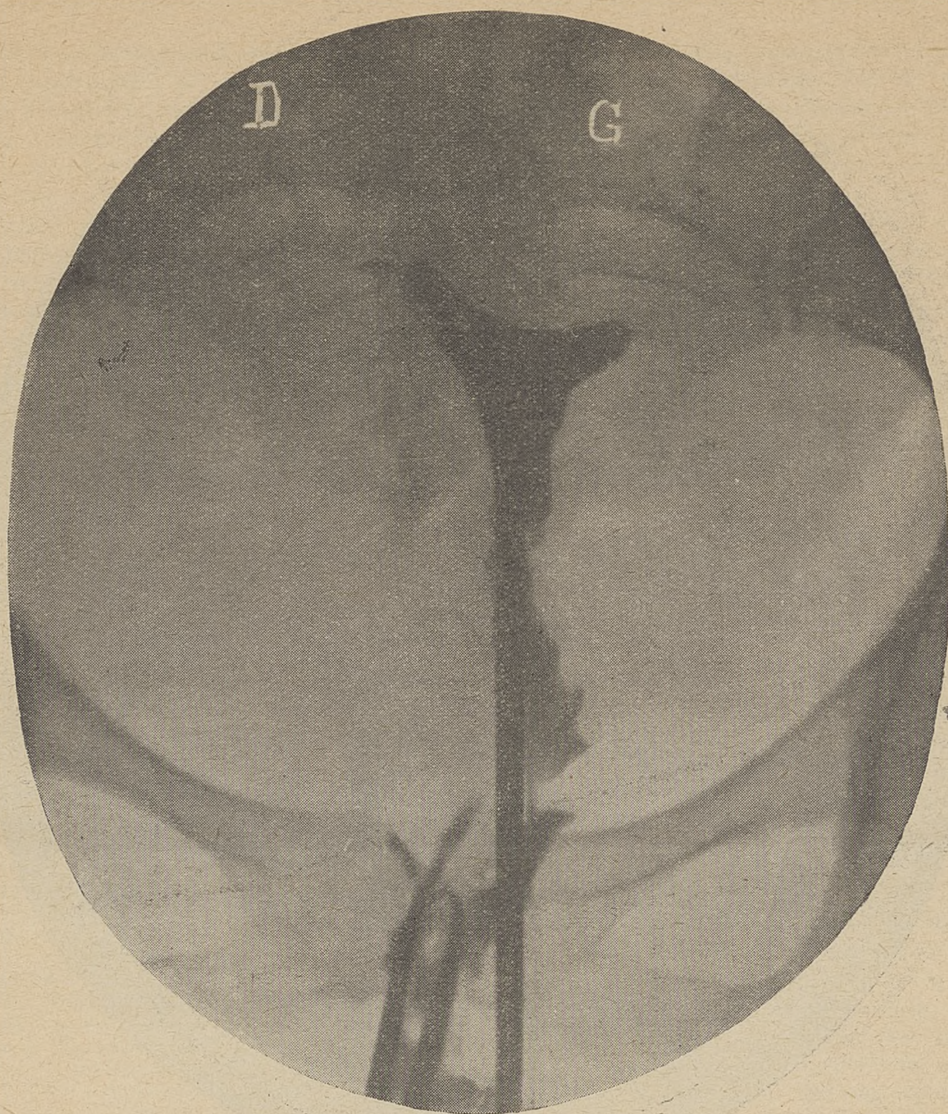
D o b ó r p r z y p a d k ó w. Pewien sceptycyzm, który ujawniłem na początku tej pracy, nie dowodzi bynajmniej, ażebym nie miał wyników dodatnich w leczeniu bezpłodności. Jednakże, nim ustalimy nasze postępowanie lecznicze, chcielibyśmy wiedzieć, czy skutek otrzymany w takim a takim przypadku pozwala nam mieć nadzieję na otrzymanie takiego samego wyniku w przypadku podobnym.

Wykonanie obrzezania u męża wobec bezpłodności żony, wykonanie plastyki krocza w zarośnięciu szpary sromowej; leczenie nieżytów pochwy i cewki, nacięcie gruczołów *Skene'owskich* zakażonych i podtrzymujących nieżyty sromu lub wywołujących pochwicę; odprowadzenie tyłopochylenia, usunięcie polipów, zatykających jak korek szyję—oto sposoby leczenia bezwzględnie skuteczne i skuteczność ich jest rzeczą łatwo zrozumiałą.

Całkiem inaczej jednak sprawa się przedstawia, skoro mamy do czynienia z choremi z niedorozwojem narządów rodnych, z kroczem nieprawidłowem, o odległości między sromem a odbytem mniejszej niż prawidłowo, z pochwą krótką, o szczególnie krótkiej przedniej ścianie z niewykształceniem tylnego sklepienia pochwy, z długą częścią pochwową, o wązkim ujściu, czynniki wówczas są różnorodne i trudne do ocenienia, tembardziej; że często dołącza się jeszcze niedorozwój jajowodów i jajników, wobec którego jesteśmy prawie bezsilni.

Jako przyczynę niepłodności napotykamy przodozgięcie połączone z tyłopochyleniem, powstałe na tle stanów zapalnych przymacicza (*parametritis posterior*), zmian bliznowych i bliznowego skrócenia więzadeł krzyżowomacicznych, o czem swego czasu pisali obszernie *Schultze, Freund*, a obecnie *Condamin*, który wysuwa ten zespół jako czynnik etjologiczny stanów zapalnych sklepienia tylnego (*douglasitis*). Pozostawiając na stronie sprawę etjologji, nie ulega wątpliwości, że ten zespół objawowy występuje dość często i odgrywa pierwszorzędną rolę w miesiączkowaniu bolesnem i niepłodności. Stan ten wymaga stosowania miesienia, kolumnizacji, djatermji, ostrożnie i powtórnie wykonywanych rozszerzeń szyji, leczenia spraw szyji, skoro punkt wyjścia dla zapalenia przymacicza znajduje się w obrębie szyji, wianka utrzymującego więzadła w wydłużeniu. W podobnych przypadkach kilkakrotnie wykonałem plastykę tylnej wargi w celu lepszego ustawienia ujścia i w dwuch przypadkach nastąpiła ciąża. Napotykamy również i wrodzone zwężenia szyji, stożkowate części pochwowe, w których konieczność rozszerzenia i plastyki jest powszechnie uznawana. Bywają też i zwężenia światła szyji, które można wykazać badając ostrożnie zgłębnikiem; w przypadkach tych istnieje kilka zwężeń jedno nad drugiem. Spostrzegałem szereg takich przypadków; po rozszerzeniu pierwszego zwężenia trzeba ponownie użyć cieńszego rozszerzadła, aby wreszcie stopniowo dotrzeć do jamy macicy; powstawanie i tło etjologiczne tych zwężeń jest niewyjaśnione.

Niekiedy napotykamy zwężenie na poziomie cieśni. Zwężenie takie może być spowodowane załamaniem przedniej ściany, albo też jest to prawdziwe pierścieniowate zwężenie, ustępujące czasowo po rozszerzeniu, ale powracające po pięciu czy sześciu miesiącach. W jednym z podob-



Rys. 1.

Jama macicy wypelniona lipjodolem. Po stronie prawej widać mały odcinek jajowodu. Jajowody niedrożne

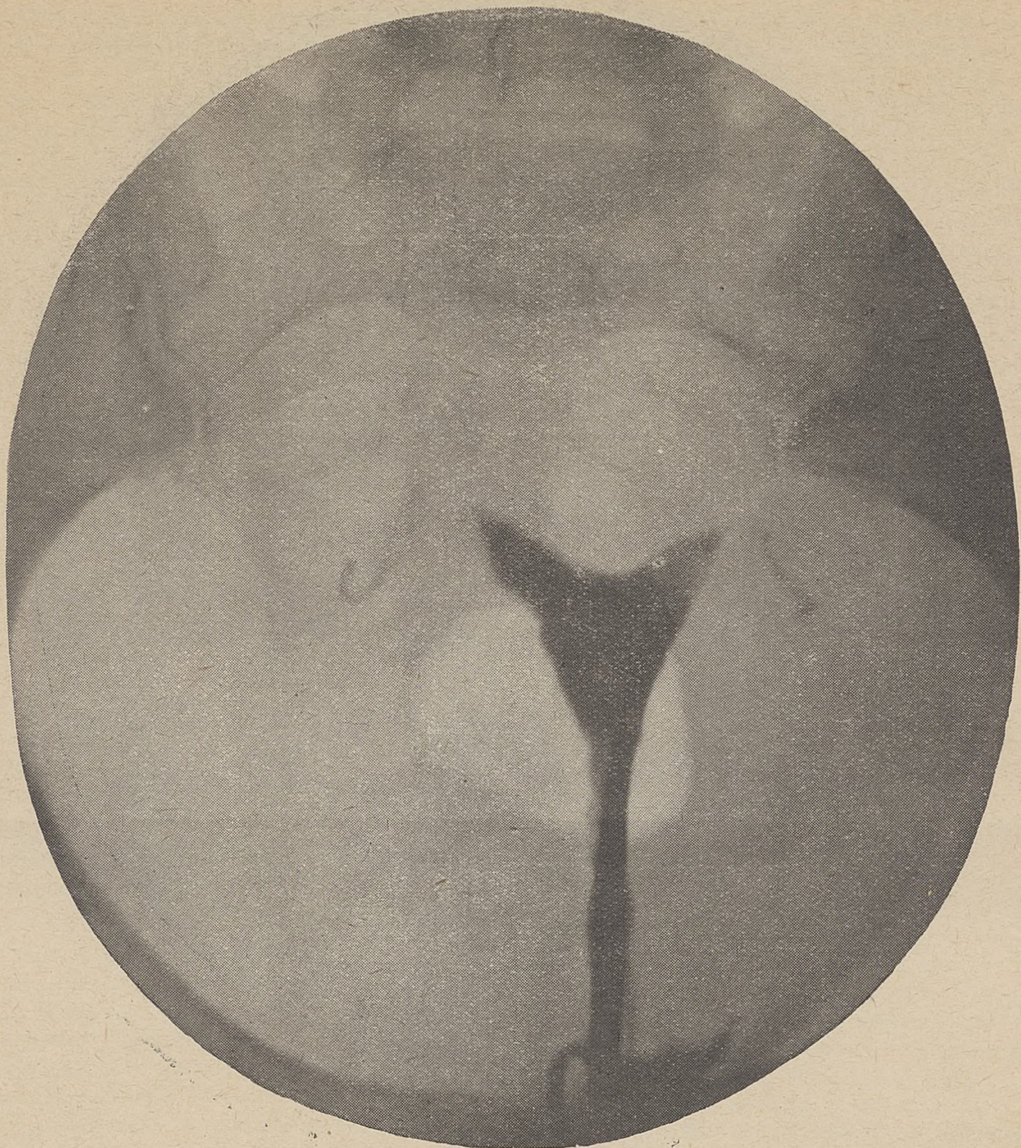
nych przypadków byłem zmuszony z powodu bolesnego miesiączkowania do wycięcia macicy. Uprzednio stosowane było dwu czy trzykrotnie rozszerzenie, lecz zawsze tylko z przemijającym wynikiem. W przypadku tym w górnej części kanału szyi jako przyczynę bolesnego miesiączkowania i niepłodności znalazłem pierścień tkanki twardej, zbitej.

Lecz najistotniejszą i najczęstszą przyczyną niepłodności macicznej stanowią sprawy zapalne szyi (*metritis cervicalis*).

W przypadkach tych (rys. 2) ostrożnie i rozsądnie stosowane rozszerzenie ułatwia odpływ wydzieliny ropiastej, sprzyja pękaniu pęcherzyków Nabotha, znajdujących się w szyi, umożliwia leczenie zmian w szyi i przeto daje jaknajlepsze wyniki, o ile było zastosowane w odpowiednim okresie przebiegu sprawy.

Należy tu przypomnieć artykuł *Pozzi'ego* w *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale,* 1897 o zapaleniach szyi i o roli korka śluzoworopnego.

Lecz z chwilą rozpoczęcia leczena wewnątrzmacicznego należy pamię



Rys. 2.
Niedrożność jajowodów.

o możliwem zakażeniu; o utajonej sprawie jajowodowej i, celem upewnienia się, należy zastosować tampon próbny, pozostawiając go w ciągu doby. Jeżeli znajdziemy na tamponie ropę, należy ją zbadać, w razie potrzeby wykonać posiew na odpowiednich pożywkach. Należy wówczas odpowiednio skierować badanie; wiemy bowiem jak trudno wykryć gonokoki u kobiety; lecz znajdziemy je u męża. Należy się wystrzegać zakażenia rzeżączkowego, nawet jeżeli wydaje się ono wygasłe; wprowadzenie blaszecznicy do takiej macicy może spowodować wybuch zakażenia wstępującego. Zwłaszcza jeżeli w wywiadach stwierdzimy u chorej poronienie ukrywane, źle leczone, z uporczywemi upławami, należy podejrzewać, że mamy do czynienia ze sprawą jajowodową. Pomiędzy podającemi się za bezpłodne są i kobiety, które miały raz poronienie, lecz się doń nie przyznają, chyba że postawimy im wręcz to pytanie i to w nieobecności męża. Jeżeli nie zwrócimy należytej uwagi na przebyte poronienia, jeżeli będziemy traktować przypadki takie, jako

wolne od wszelkiego zakażenia, możemy wywołać katastrofę, w postaci ponownego wybuchu dotychczas utajonego zapalenia jajowodów. Należy więc starannie dobierać przypadki, kierując się dokładnymi wywiadami i wynikami, otrzymanemi przez zastosowania tamponu próbnego. Nieobecność zupełna ropy na tamponie jeszcze bynajmniej nie oznacza, że możemy z całym spokojem rozpocząć zabiegi wewnątrzmaciczne. Istnieje jeszcze jedna sprawa, o której pamiętać należy, mianowicie gruźlica. Tu znowu należy bardzo starannie zbierać wywiady. Czy w dzieciństwie lub wieku dziewczęcym nie przechodziła chora zapalenia opłucnej, lub gruźlicy gruczołów krezkowych? Czy nie miała ona zapalenia otrzewnej, trwającego dwa lub trzy miesiące; zapalenia wyrostka robaczkowego samorzutnie wyleczonego, gorączki długotrwałej? Wszystko to mogło być spowodowane gruźlicą i pozostawić w jajowodzie zmiany, które są gotowe do natychmiastowego wybuchu pod wpływem nieco silniejszego urazu macicy. Oto spostrzeżenie typowe:

X, 32 lata. Dwukrotnie wychodziła zamąż. Z pierwszym mężem dzieci nie miała. Powtórnie wyszła zamąż w roku 1923. Waga 61 kilogramów. Jako dziewczę 14-letnie przechodziła zapalenie opłucnej z gorączką, bólami brzucha, jak w napadzie zapalenia wyrostka. Choroba ta trwała trzy miesiące. W lutym 1924 roku zwróciła się do lekarza z powodu niepłodności. Lekarz niezwłocznie wykonał rozszerzenie szyi rozszerzadłami Hegara. Wieczorem nieco bólów. Dnia następnego ciepłota 39,8. Po kilku dniach zostałem zawezwany do tej chorej i stwierdziłem postępujące prawostronne zapalenie jajnika i jajowodu, które doprowadziło do operacji w miesiąc później. Podczas zabiegu stwierdzono sprawę gruźliczą jajnika i jajowodu, co zostało potwierdzone badaniem histologicznem.

Mógłbym przytoczyć cały szereg podobnych przypadków, gdzie tampon próbny, pozostawiony w ciągu 24 godzin, nie wykrył żadnych śladów ropy. Należy bowiem pamiętać, że tampon próbny ujawnia tylko zakażenia wstępujące, zakażenia poczynające się w macicy, podczas gdy w gruźlicy przydatków zmiany pierwotne są usadowione w jajowodzie i wyciek z macicy im nie towarzyszy. Przypadki gruźlicy są niestety dość częste, zwłaszcza w niektórych środowiskach społecznych np. u kobiet wiejskich i po wyleczeniu pozostaje po nich utajona sprawa jajowodowa. W pewnej liczbie przypadków, u kobiet szczupłych, o podatnych powłokach brzusznych, można ustalić rozpoznanie zapomocą dokładnego badania ginekologicznego oraz badania przez odbytnicę; lecz w niektórych przypadkach najstaranniejsze badanie zestawione nie jest w stanie wykryć guzków wielkości małego ziarna grochu, jak to miałem możność pokazać na jednem z poprzednich posiedzeń, przedstawiając chorą, która zwróciła się do mnie z powodu niepłodności. U chorej tej nie było żadnej wydzieliny podejrzanej z macicy, lecz wywiady wskazywały na gruźlicę w stopniu wystarczającym, ażeby skłonić mnie do powzięcia podejrzenia co do stanu jajowodów. Na szczęście chora miała objawy wyrostkowe, co pozwoliło na otwarcie brzucha i stwierdzenie obustronnej gruźlicy jajowodów, która nie dawała jednak żadnych objawów ze strony narządów rodnych.

Oto w krótkich zarysach historja tego przypadku, przebiegającego bez zwyżki ciepłoty, bez żadnych objawów chorobowych poza zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Podczas operacji znalazłem mętny płyn w ilości szklanki, płyn ropny otaczający zmiany gruźlicze, napozór wygasłe, które jednak niewątpliwie spowodowałyby ostre zapalenie otrzewnej, gdybym u chorej tej rozpoczął leczenie wewnątrzmaciczne z powodu niepłodności.

Jak można wykryć takie przypadki? Czy wywiady wskazujące na przebytą gruźlicę otrzewnej w połączeniu z badaniami pracownianemi mogą ustalić rozpoznanie sprawy gruźliczej? Jest to możliwe do osiągnięcia, lecz umiejscowienie sprawy pozostanie niewiadome. Sądzę, że jedynie współczesne metody badania jajowodów, mianowicie prześwietlenie jajowodów nastrzykniętych lipjodolem może wykazać utajone zmiany gruźlicze. Mojem zdaniem w przypadkach podejrzanych w kierunku zmian swoistych jajowodów należy przed rozpoczęciem leczenia wewnątrzmacicznego zalecić wykonanie salpingografji podług metody, opracowanej przez *Cotte'go*. Nie myślę, żeby ten sposób badania był niebezpieczny; oczywiście należy go wykonać z jaknajmniejszym obrażeniem części rodnych, zwłaszcza w przypadkach podejrzanych. Powikłania po salpingografji, ogłoszone w piśmiennictwie, są mi dobrze znane, nie uważam jednak, aby one stanowiły dowód rzeczowy przeciw metodzie jako takiej, wykonanej w sposób, jak ją wykonywać należy w przypadkach niepłodności; w przypadkach nawiasem mówiąc z dokła-

dnie zbadanemi klinicznie narządami rodnemi.

Prześwietlanie jajowodów wykaże, czy są one drożne, czy nie i w tym ostatnim przypadku wskaże wyraźnie na bezużyteczność i niebezpieczeństwo zabiegów wewnątrzmacicznych.

Nie sądzę, aby ten sposób badania mógł zwiększyć odsetek wyników pomyślnych w leczeniu niepłodności, lecz umożliwia on ustalenie przeszkody i, jeżeli stwierdzono drożność jajowodów, pozwala na doradzenie chorej leczenia wewnątrzmacicznego, co więcej, na zalecenie sposobu, który coprawda nie zyskał praw obywatelstwa, lecz wydaje się bardzo celowy, mianowicie zapłodnienia sztucznego, jedynego sposobu umożliwiającego pokonanie przeszkody, mieszczącej się w szyi.

Wybór postępowania. Jeżeli stwierdzimy, że przyczynę niepłodności szukać należy jedynie w macicy, to rozszerzenie szyji będzie stanowiło pierwszy etap leczenia, lub wogóle całe leczenie będzie polegało tylko na tym zabiegu.

Dwa sposoby są do wyboru: rozszerzenie zgłębnikami *Hegara* i pałeczkami blaszecznicy. Obydwa te sposoby możemy stosować oddzielnie, możemy je łączyć i możemy jeszcze je uzupełnić założeniem sączka gazowego do jamy macicy. Stosowanie blaszecznicy nie wymaga znieczulenia i z tego względu chore łatwiej się godzą na ten sposób leczenia. Za pomocą blaszecznicy uzyskujemy stopniowe i powolne rozszerzenie szyi, które możemy zwiększyć wkładając drugą, lub trzecią laseczkę stosownie do wyniku otrzymanego po zastosowaniu pierwszej lub drugiej (rys. 3).

Osobiście, jako uczeń *Polosson'a*, stosowałem w początkach mej karjery lekarskiej blaszecznicę na bardzo szeroką skalę, jako środek rozszerzający szyję.

Po odkażeniu pochwy i części pochwowej sprawdzam zgłębnikiem kierunek i rozmiary jamy macicy i badam również wrażliwość śluzówki i skłonność jej do krwawień, zwłaszcza w przypadkach podejrzanych. Zazwyczaj wprowadzam jeden z cieńszych zgłębników *Hegar'a* Nr. 4 lub 5, co pozwala mi na wprowadzenie Nr. 12 lub 15 blaszecznicy, którą pozostawiam nie dłużej, jak dwanaście do piętnastu godzin. Przeważnie wkładam blaszecznicę około 4-ej po południu i wyjmuję o godzinie 9 rano. Podczas wyjmowania zwracam uwagę na jakość wycieku i, jeżeli płyn jest mętny z domieszką krwi, każę chorej leżeć w przeciągu 48 godzin i stosować ciepłe okłady na podbrzusze. Jeżeli nic nieprawidłowego nie zauważyłem, to, albo zakładam nową blaszecznicą odrazu, albo też po sześcio lub siedmiogodzinnej przerwie i znowu na czternaście do piętnastu godzin. Naogół rzecz biorąc, dwukrotne rozszerzenie okazuje się zwykle wystarczające. Jeżeli występuje zwyżka ciepłoty do 38°, tętno staje się częstsze, wyjmuję jaknajprędzej blaszecznicę, lecz bardzo ostrożnie unikając krwawienia, w razie potrzeby w uśpieniu ogólnem, i zaleca, lód na brzuch.

Największy zarzut, jaki można uczynić blaszecznicy, to zatrzymanie wydzieliny w macicy i możliwość przedostawania się jej drogą wsteczną do jajowodów, a również możliwość zakażenia światła szyi wydzieliną zakaźną, gdyż podczas wyjmowania blaszecznicy łatwo o uszkodzenie śluzówki Wobec tego we wszystkich przypadkach należy starać się nie zranić szyi podczas wyjmowania i nigdy nie wyskrobywać macicy w przypadkach, gdzie była zastoina wydzielin, a zwłaszcza wydzielin mętnych.

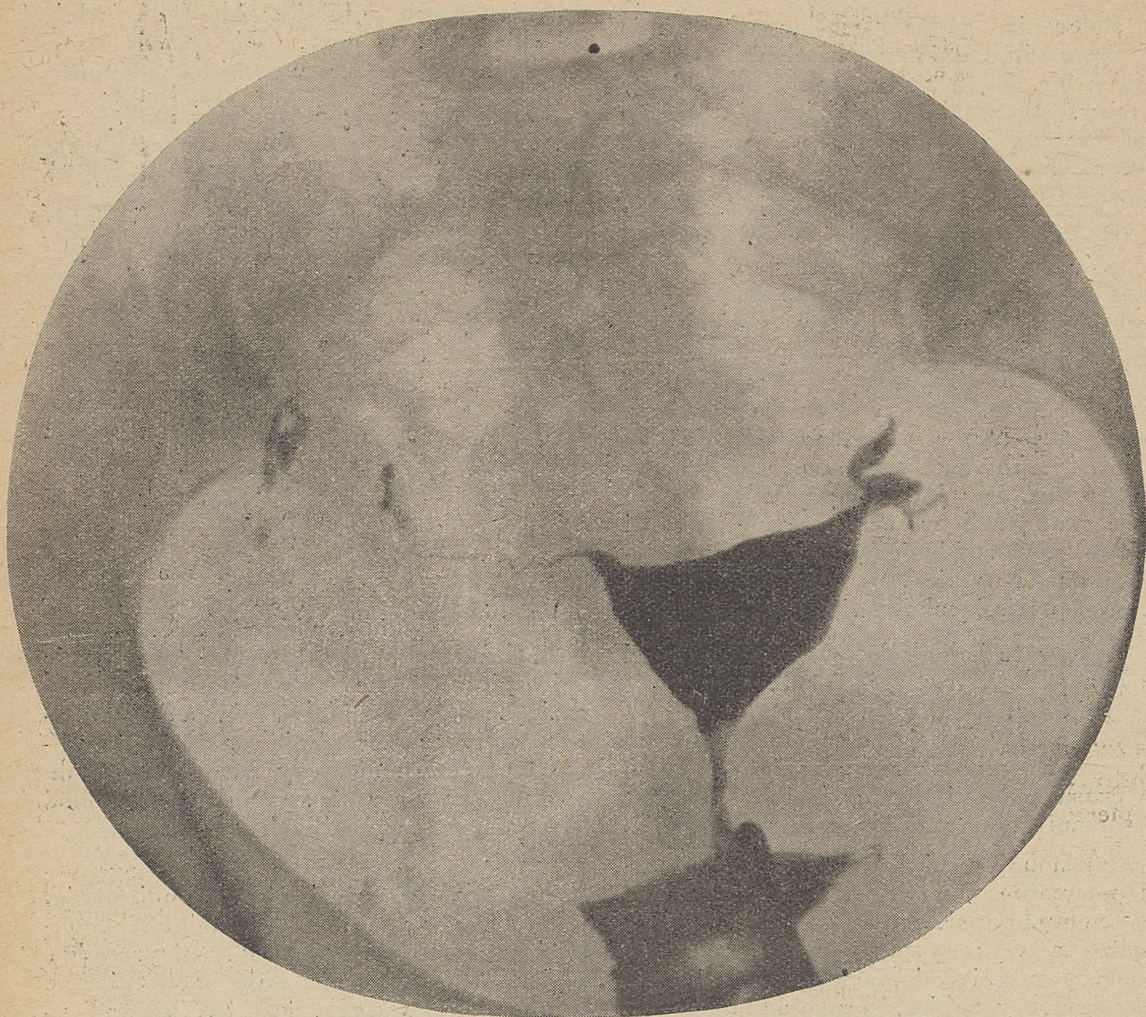
Postępowanie, polegające na umieszczeniu blaszecznicy dzień przed tem w celu rozpoczęcia rozszerzenia i ścieńczenia ścian szyi z tem, żeby dnia następnego uzupełnić rozszerzenie za pomocą rozszerzadeł *Hegara*, wydaje się na pierwszy rzut oka sposobem bardzo odpowiednim, jednak w istocie jest rzeczą nader niebezpieczną, jeżeli płyn zastoinowy w macicy jest zakażony, a to ze względu na licznie otwarte wrota dla wkroczenia infekcji - drobne ranki szyi — spowodowane zgłębnikami *Hegara*.

Znane są przypadki śmiertelne i *Brindeau* na ostatnim zjeździe ginekologów podał cały szereg takich spostrzeżeń.

O ile próba tamponowa nie wypadła bezwzględnie ujemnie, nie stosuję nigdy blaszecznicy.

Jeżeli zgłębnik wywołuje krwawienia, jeżeli dotknięcie do śluzówki po przejściu zgłębnikiem poza cieśń wywołuje żywe bóle, to jest to wskazówką, że macica jest chora i stosowanie blaszecznicy jest przeciwskazane.

To samo odnosi się i do wszystkich patologicznych przodozgięć. Przodozgięcie patologiczne jest równoznaczne z zastoiną



Rys. 3.

Jajowody są drożne; widać krople lipjodolu wyciekające z ujścia brzusznego jajowodu.

w trzonie, czyli oznacza zapalenie śluzówki macicy zastoinowe. I w tych przypadkach należy unikać blaszecznicy.

Rozszerzenie zgłębnikami *Hegara* można wykonywać dwojako; albo u chorych klinicznych, albo ambulatoryjnie i w tym przypadku można wprowadzić tylko Nr. 4, 5 i 6. Trzeba, żeby zgłębnikowanie było dobrze znoszone, nie sprawiało bólów, w przeciwnym razie lepiej rozszerzyć dokładniej i wtedy już w uśpieniu. Jeżeli podczas rozszerzenia opór w okolicy ujścia pozostaje nadal, lepiej zatrzymać się na 12, lub 13 numerze *Hegara* i zastosować sączek z gazy jodoformowej lub kseroformowej wyjałowionej, w postaci paska niedużego, o szerokości około 2 m. Gazę wprowadzamy do dna macicy i pozostawiamy dwa lub trzy dni.

Bardzo często do lekkiej infekcji macicy dołącza się i zapalenie przymacicza, wymagające uprzedniego leczenia, a mianowicie, kolumnizacji, miesienia, diatermji. Leczenie to sprzyja znakomicie cofaniu się

zmian zapalnych i umożliwia kontrolowanie stanu przydatków oraz sprawdzenie, jak wielkiego odczynu można się spodziewać z ich strony.

Polecenia godne jest wprowadzanie w ciągu kilku dni z rzędu cienkich zgłębników Nr. 5 i 6 z przepłukiwaniem jamy macicy. Po ośmiu lub dziesięciu dniach wykonywam w znieczuleniu rozszerzenie i wyskrobanie.

Zarzucano rozszerzaniu zgłębnikami *Hegara* powodowanie pęknięć cieśni, co rzeczywiście może się wydarzyć, ale tylko wtedy, gdy wykonywamy palcem rękoczyny w macicy, a więc w zabiegu nie mającym nic wspólnego z niepłodnością.

Jak długo utrzymuje się rozszerzenie? Dość niedługo, macica wkrótce powraca do poprzedniego stanu, lecz czynnościowo w miesiączkowaniu bolesnem otrzymujemy polepszenie, trwające od pięciu do sześciu miesięcy. Jeżeli w tym okresie nastąpi zajście, wyzdrowienie jest zupełne, albowiem poród usunie doszczętnie przyczynę bolesnego miesiączkowania.

Należy to jednak do wyjątków. Wśród 80 przypadków rozszerzeń tylko w 6, czy 7 wynik był doskonały.

Jak należy dalej postępować? Mamy do wyboru, albo wprowadzanie od czasu do czasu zgłębników Nr. 5 i 6, albo też stosowanie blaszecznicy podług *Audebert'a*,

Celem uniknięcia powrotu szyi do stanu pierwotnego, nawrotu zwężenia, poleca się też wykonanie stomatoplastyki. Operację tą wykonywam podług *Pozzi'ego* i dotychczas nie miałem powikłań; jest to bardzo dobry zabieg, skraca on nadmierną długość szyi i znakomicie utrzymuje ujście w stanie ziejącym.

Trzykrotnie wykonałem plastykę wargi tylnej w przypadkach, gdzie macica jest wygięta jak trąbka myśliwska, a część pochwowa jest skierowana ku przodowi, wskutek czego ujście znajduje się zdala od sklepienia tylnego. W dwuch przypadkach otrzymałem wyniki bardzo dobre.

Streszczając się powiedzieć należy, że leczenie macicy w niepłodności jest rzeczą niełatwą i wymaga przedewszystkiem stwierdzenia za pomocą tamponu, pozostawionego na 24 godziny w zetknięciu się z częścią pochwową, czy wydzielina macicy jest zakażona, czy nie. Staranne badanie kliniczne, dokładne wywiady, salpingografja w razie podejrzenia w kierunku utajonych zmian gruźliczych jajowodu, powinny być wykonane przed rozpoczęciem zabiegów wewnątrzmacicznych. Podczas stosowania tych zabiegów nie wolno zapominać, że powierzono nam kobiety naogół zdrowe i że wystrzegać się przedewszystkiem należy, aby ich nie uczynić choremi. W ostatniej swej pracy *Tixier* zupełnie słusznie twierdzi, że założenie blaszecznicy stanowi prawdziwą operację chirurgiczną. Nie można tego lepiej wyrazić, lecz, co pominął *Tixier*, a co ja uważam za rzecz szczególnie ważną, to możliwość powikłań, niekiedy bardzo groźnych, nawet przy przestrzeganiu najściślejszej aseptyki w przypadkach z nierozpoznaną gruźlicą.

Należy się przeciwstawić mniemaniu, jakoby zawsze można było uniknąć powikłań przy stosowaniu blaszecznicy; sądzę, że jest to twierdzenie dość niebezpieczne w obecnych czasach, gdy tak często wydarzają się sprawy sądowe, dotyczące odpowiedzialności lekarza.

W sprawie statystyki zboczeń mowy i słuchu w szkołach w Polsce

PODAŁ

DR. LEON ZAMENHOF.

Zboczenia mowy oraz zaburzenia głosu w ostatnich latach zostały ujęte w ścisłe formy nozologiczne i jako takie wyzwoliły się zupełnie z pod dotychczasowej opieki laików. Ściśle z logo—i fonopatją wiążą się upośledzenia słuchowe, gdyż w wielu przypadkach zaburzenia mowy bywają zależne od upośledzenia słuchu. Dla tych też względów logo — i fonopatja zostały wcielone do dziedziny otolaryngologji.

Prócz zjazdów specjalnych, poświęconych temu tematowi, udziela mu się dużo miejsca na zjazdach otolaryngologicznych. Pierwszy międzynarodowy zjazd otolaryngologów, odbyty niedawno w Kopenhadze, śród licznych referatów miał również wiele poświęconych tej sprawie.

U nas, niestety, sprawa ta ani naukowo, ani praktycznie nie została dotychczas potraktowana należycie. Logopatja niemal wyłącznie znajduje się w rękach laików, którzy chorym często przynoszą więcej szkody, niż korzyści, a fonopatja jest traktowana niemal wyłącznie z punktu widzenia laryngologji organicznej. Jestto, oczywiście, błąd, który *Fein* słusznie porównał z błędem, popełnianym przez mechanika, szukającego przyczyny złego funkcjonowania maszyny nie w jej konstrukcji, lecz w końcowym jej organie — kole obrotowym.

Logo-i fonopatja oparte są na patologji samoistnej więcej czynnościowej, niż organicznej i jako takie wymagają specjalnych studjów. Nie będę tu podawał szczegółowego rozwoju tego działu patologji w latach ostatnich, który klinicznie i terapeutycznie poczynił olbrzymie postępy. W dzisiejszym artykule pragnę zatrzymać się tylko na statystyce tego cierpienia.

Przed kilku laty na pierwszym zjeździe lekarzy i przyrodników w Polsce w sekcji hygieny szkolnej wykazałem częstość zaburzeń mowy i brak postępów w nauce u dzieci słuchowo upośledzonych i zgłosiłem wniosek założenia na wzór zagranicy szkół pomocniczych specjalnie dla tej kategorji dzieci. Sprawa od tego czasu, o ile mi wiadomo, nie uczyniła ani kroku naprzód. Oczywiście, nie da się ona rozstrzygnąć prędko. Brak u nas dokładnej statystyki na poparcie kroków w tym kierunku. I ją należałoby przedewszystkiem przeprowadzić. Liczby często bywają wymowniejsze od słów.

Korzystając z organu „Wiedza lekarska", który jest czytany przez wszystkich Kolegów, pozwalam sobie za jego pośrednictwem zwrócić się do ogółu lekarzy szkolnych z prośbą, o poparcie inicjatywy w tym kierunku. Być może statystyka zebrana tą drogą wypadnie nie zupełnie dokładnie, da ona jednak podwalinę dla wniosków dążących do naprawy stosunków. W imię dobra społecznego mam nadzieję, że Koledzy swego poparcia nie odmówią. Ankieta dotyczy wyłącznie szkół powszechnych, według wzoru niżej załączonego.

A W sprawie dzieci upośledzonych słuchowo:

1. Miejscowość, ewent. numer szkoły powszechnej w większem mieście.
2. Liczba dzieci słuchowo upośledzonych (niesłyszących głośnej mowy z odległości 6 metrów).
3. Rodzaj głuchoty (wrodzona, nabyta, z wydzieliną, sucha, jednostronna, lub obustronna).
4. Inteligencja, czy opóźnia się w postępach nauki?
5. Czy cierpi jednocześnie na zboczenia mowy?

B. W sprawie dzieci cierpiących na zboczenia mowy i głosu. Ile dzieci dotkniętych jest:

1. Jąkaniem,
2. bełkotaniem,
3. wadliwą wymową zgłosek,
4. głosem ochrypłym,
5. głosem falsetowym,
6. mową nosową?

Odpowiedź proszę kierować pod adresem autora: Warszawa, Marszałkowska 125.

DR. JULIUSZ IRRGANG — PRZEMYŚL.

Walka z gruźlicą.

Kwestja leczenia i zapobiegania gruźlicy nie przestaje być aktualną. Zastraszająca statystyka śmiertelności u chorych na gruźlicę zmobilizowała ogół lekarzy i uczonych do walki z tym najniebezpieczniejszym wrogiem społeczeństwa. Gruźlica bezsprzecznie jest najwięcej rozpowszechnioną chorobą. Opanowuje ona ustrój ludzki w każdym wieku. Zakażeniu prątkami ulega olbrzymia liczba ludzi; a środki zaradcze zastosowuje się zwykle za późno, ponieważ często choroba ta w początkach nie wywołuje prawie żadnych szczególnych objawów i żadnych dolegliwości.

Celem zwalczania gruźlicy powstały w różnych krajach kulturalnych zakłady lecznicze dla chorych i poradnie. Ogromna ich liczba znajduje się w Niemczech. W ostatnich czasach wystąpiło wielu uczonych przeciw takim zakładom leczniczym, opierając się na krytyce *Harta*, który po przeprowadzeniu wielkiej liczby sekcyj zwłok zmarłych, byłych pacjentów zakładów leczniczych, przekonał się, że nie wykazują oni śladu wyleczonej gruźlicy. *Blümel* wystąpił z krytyką, którą można i do naszych stosunków zastosować. Otóż, w Niemczech na 300.000 gruźlików zostaje przyjętych tylko 20.000 do zakładów leczniczych, a z tych tylko 3000 pozostaje wolnych od zarazków chorobotwórczych i to tylko przejściowo. Zdrowi i nie nadający się do leczenia w zakładach zamykają często drogę tym, którzy potrzebują tego leczenia. Całkiem jak u nas, tylko z tą różnicą, że posiadamy tych lecznic o wiele mniej. Co się tyczy poradni, to mimo ogromnej korzyści, które one przynoszą, nie mogą jednak dać one choremu tego, czego najwięcej potrzebują, a więc: hygienicznego mieszkania, światła, dobrego powietrza, dobrego odżywiania, w zimie ciepła.

Jeżeli w ostatnich latach śmiertelność chorych na gruźlicę znacznie się zmniejszyła, to przyczyny należy się doszukiwać w zwiększonej odporności nowej generacji przeciw gruźlicy, nabytej wskutek przebycia zakażenia przez pokolenie poprzednie. Leczenie gruźlicy lekarstwami, które w niezliczonej ilości bywają karygodnie reklamowane i zalecane, można pominąć milczeniem. Tak zwana chemoterapia znajduje się w początkach rozwoju, a preparaty złota, jak: sanokryzyna, krysolgan, aurosan. etc. zawiodły w znacznej części pokładane nadzieje, jako „medicatio sterilisans magna“. Leczenie lampą kwarcową wykazuje w chirurgicznej gruźlicy, jak gruźlicy kości i t. d. wyniki na ogół dodatnie, natomiast w gruźlicy płucnej stosowanie promieni poza fiołkowych musi być nadzwyczaj ostrożne, by uniknąć pogorszenia stanu chorobowego, tymczasem naświetlania lampą kwarcową, bywają obecnie bardzo nadużywane!

Krucjata przeciw gruźlicy powinna zatem przedewszystkiem rozpocząć walkę zapobiegawczą, czyli wytężyć wszystkie siły w celu uchronienia od zakażenia. Zwrócono więc uwagę przedewszystkiem na gruźlicę u dzieci, wychodząc słusznie z założenia, że przez zwalczanie gruźlicy u dzieci, ciężkie postacie tej choroby będą miały przebieg łagodniejszy i że — co najważniejsze — zwalczanie gruźlicy dziecięcej będzie miało wogóle ogromny wpływ na szerzenie się gruźlicy. By cel ten osiągnąć konieczna jest walka na dwa fronty: Po pierwsze, aby zmniejszyć możliwość zakażenia, po drugie aby spotęgować odporność wobec gruźlicy. Co się tyczy zmniejszenia możliwości zakażenia, to na razie jest to rzeczą nieosiągalną wobec ogromnej liczby nieuchwytnych źródeł zakażenia i wskutek niepokonalnych trudności odosobnienia legjonów chorych na otwartą gruźlicę. Pozostaje więc druga t. j. spotęgowanie odporności wobec gruźlicy. Odporność można zwiększyć po pierwsze zapomocą środków nieswoistych: jak dobre odżywianie się i ogólne wzmocnienie ustroju, co można osiągnąć przez usunięcie nędzy społecznej; przez dbanie o hygjeniczne warunki mieszkaniowe, o czystość, powietrze i światło; po drugie zapomocą środków swoistych, a mianowicie przez swoiste szczepienia ochronne Na czem szczepienia te polegają?

Wiemy, że jeżeli człowiek przejdzie w młodości chorobę zakaźną, jak odrę, płonicę, lub błonicę staje się przez to prawie przez całe życie odpornym na ową chorobę, czyli, że na ową chorobę drugi raz — z małymi wyjątkami — nie zachoruje. Ten objaw nazywa się uodpornieniem naturalnem. Można też ową odporność osiągnąć przez szczepienie szczepionką zawierającą żyjące, ale silnie osłabione, lub zabite drobnoustroje danej choroby, przez co wywołujemy sztucznie, że tak powiem, chorobę w miniaturze; naprzykład przez szczepienie szczepionką przeciw ospie wywołujemy miniaturową ospę, szczepionką przeciwdurową i t. d. tyfus. Jest to uodpornienie sztuczne.

Niemowlęta przychodzą na świat wolne od gruźlicy, jak nam to wskazuje tak zwany „odczyn Pirqueta". Wedle najnowszych bowiem pojęć gruźlica nie jest chorobą dziedziczną, ale dziecko zaraża się tą chorobą w otoczeniu gruźliczem. Objawem tego zarażenia są częste stany podgorączkowe u dzieci bez klinicznych objawów, zajęcia gruczołów, częste nieżyty nosa. Wiele dzieci ulega zakażeniu pod postacią zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowych, nieżytu jelit i t. p. Przebycie tego zakażenia w dzieciństwie jest jakby naturalnem szczepieniem ochronnem, lub naturalnem uodpornieniem, które chroni danego osobnika przed ciężką gruźlicą w wieku późniejszym. Co się tyczy sztucznego szczepienia ochronnego przeciwgruźliczego, zapomocą którego moglibyśmy osiągnąć odporność sztuczną doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne nie są jeszcze zakończone. *Calmette* osiągnął poważne wyniki dodatnie swoją szczepionką „B. C. G." przeciw gruźlicy. Zawiera ona żyjące prątki gruźlicze, które przez odpowiednie postępowanie zatraciły większą część swej jadowitości i siły żywotnej. Szczepionkę *Calmetta* stosuje się u niemowląt doustnie i to w pierwszych dziesięciu dniach życia. *Calmette* swoją szczepionką zdołał obniżyć w Paryżu śmiertelność u niemowląt z 20 — 30 procent na 2 procent.

W walce o sztuczne szczepienie ochronne przeciw gruźlicy zapomocą szczepionki „B. C. G" (*Bacilli Calmette — Guerin*) u niemowląt wytworzyły się dwa obrazy. Z jednej strony *Calmette*, kierownik oddziału w instytucie *Pasteura* w Paryżu, wynalazca tej szczepionki, Prof. *Weil-Halle*, Prof. *Guerin* i wielu innych francuskich lekarzy z wyjątkiem — co dziwne — dyrektorów francuskich klinik dziecięcych; z drugiej strony szkoła wiedeńska: Profesor *Pirquet*, Prof. *Nabel*, Docent *Gützl*, statystyk Dr. *Rozenfeld*, Prof. *Porgo*, Prof. *Loewenstein* i Prof. *Chiari*.

Prof. *Pirquet* twierdzi, że prawdziwa odporność przeciw gruźlicy może powstać tylko przez zakażenie żyjącymi prątkami *Kocha*. Szczepionka „B. C. G." *Calmetta*, zawiera więc albo żyjące prątki, które wywołują u niemowląt szczepionych prawdziwe zakażenie gruźlicze, a w następstwie prawdziwą odporność - w tym przypadku powinny dzieci szczepione wykazać dodatni odczyn *Pirqueta*; albo szczepionka „B. C. G." zawiera prątki, które zatraciły swą jadowitość i nie wywołują u niemowląt szczepionych prawdziwego zakażenia—a w tym wypadku powinny owe dzieci wykazywać ujemny odczyn *Pirqueta*. Ponieważ dzieci szczepione „B C. G." wykazują naogół słaby ujemny odczyn Pirqueta, przeto wedle Profesora *Pirqueta*, nie zyskują one wcale prawdziwej odporności, a prątki B. C. G. przechodzą przez przewód pokarmowy i wydostają się na zewnątrz bez wywołania zakażenia i uodpornienia, a więc są one pozbawione wszelkiego wpływu.

Calmette natomiast twierdzi, że można wywołać uodpornienie prawdziwe bez zakażenia, do tego nie są potrzebne prątki żyjące, ale takie, które naskutek pasażów przez zwierzęta zatraciły swą jadowitość—a takieto właśnie prątki ma zawierać jego szczepionka „B. C G.".

Chiari i Nobel twierdzą natomiast, że zwierzęta, którym podano szczepionkę „B. C. G." zginęły wszystkie na gruźlicę, a – co charakterystyczne—współpracownik *Callmetta* Prof. *Weil-Halle* mniema, że osiągnął wprawdzie szczepionką „B.C G " dobre wyniki u dzieci, ale niektóre z nich wykazują zmiany gruźlicze, a z 17 zmarło 3 (!).

Stąd wynika, że szczepionka „B. C. G." zawiera jednak żyjące prątki, a Prof. *Loewenstein* twierdzi, że szczepienie niemowląt szczepionką Calmetta, zawierającą żyjące prątki gruźlicze, chociażby miały one być pozbawione nawet w większem stopniu swej jadowitości, jest jednak postępowaniem „heroicznem" i „niebezpiecznem", ponieważ prątki owe w ustroju ludz-

kim mogą odzyskać z czasem zpowrotem dawną swą jadowitość, a tem samem w późniejszym wieku poczynić mogą nieobliczalne spustoszenia.

Statystyk niemiecki *Dr. Rozenfeld* krytykuje statystykę Calmetta. Wykazuje on, że *Calmette* w swej statystyce łączy dzieci gruźliczych i nie gruźliczych matek, a przecież różna jest śmiertelność u dzieci gruźliczego i nie-gruźliczego otoczenia. *Gälze* wykazał, że w Wiedniu śmiertelność niemowląt wskutek gruźlicy jest taka sama, jak śmiertelność nie mowląt z innych chorób i że niema wielkiej różnicy między śmiertelnością u dzieci szczepionych w Paryżu i nieszczepionych we Wiedniu.

Szkoła wiedeńska jest zatem zdania, że doustne szczepienie ochronne przeciw gruźlicy szczepionką „B. C. G." Calmetta nie jest bezpiecznem postępowaniem i że wyniki Calmetta nie są pewne!

W końcu wspomnę jeszcze o szczepionce *H. Langera* z Berlina. Twierdzi on, że dla osiągnięcia prawdziwej odporności nie jest potrzebne wywołanie prawdziwego zakażenia żyjącymi prątkami — jak twierdzi *Pirquet* — ani nie są potrzebne do tego celu prątki o osłabionej jadowitości— jak twierdzi Calmette — lecz wystarczą prątki gruźlicze zabite, a takie właśnie zawiera jego szczepionka. Osiągnął on swoją szczepionką podobne rezultaty, jak Calmette u niemowląt. Ponieważ szczepionka *Langera* zawiera tylko prątki zabite, wyłączona jest zatem wszelka możliwość ewentualnego powstania i rozwoju gruźlicy. Szczepienie to wykonywa się doskórnie na udzie w trzech miejscach, na których powstaje po kilku dniach odczyn miejscowy, podobnie, jak przy szczepieniu przeciw ospie, który wkrótce zanika. Ogólnych objawów szczepienie to nie wywołuje.

Jeżeli metoda szczepienia ochronnego przeciw gruźlicy okaże się w przyszłości skuteczną bronią w walce z tą chorobą, wówczas będziemy mogli uwolnić ludzkość od tej strasznej plagi jaką jest gruźlica, podobnie jak zwyciężyliśmy ospę za pomocą szczepienia ochronnego. Dotychczas uzyskane wyniki niezawodnie bardzo zachęcające, choć nieostateczne pozwalają jednak na oczekiwanie z otuchą tej wielkiej chwili.

Przemyśl, dnia 31.8. 1928.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie chinidyną niemiarowości serca [1]).

Rozpoznanie kliniczne zaburzeń rytmu serca nadających się do leczenia zapomocą siarczanu chinidyny. C. Lian i F. Blondel. *Journ. Méd. français Nr. 7, r. 1928.*

Siarczan chinidyny jest bodaj najdzielniejszym środkiem służącym do zwalczania niemiarowości akcji serca. Jakkolwiek ilość rozmaitych postaci niemiarowości nadających się do powyższego leczenia jest znaczna, to jednak istnieją pewne postacie tego schorzenia, w których podanie chinidyny jest przeciwwskazane. Dla tego to w niniejszej pracy autor opisuje kliniczne objawy niemiarowości oraz sposoby ich rozpoznania różniczkowego przy uwzględnieniu tych tylko sposobów badania, które każdemu lekarzowi przy łóżku chorego stoją do dyspozycji. Autorowie podkreślają, że wprawdzie tylko elektrokardiograf może dać natychmiastowe, dokładne i bezapelacyjne rozpoznanie danej postaci niemiarowości, to jednak znaczna ilość niemiarowości, a zwłaszcza nadających się do leczenia chinidyną, niewątpliwie bez pomocy elektrokardiografu rozpoznać się daje. Autorowie rozpatrują kolejno następujące postacie zaburzeń rytmu, podając ich cechy.

I. Niemiarowość pochodzenia zatokowego. Ta postać niemiarowości leży właściwie na pograniczu fizjologji i patologji i nazywana jest także niemiarowością pochodzenia oddechowego, która należy do stanu fizjologicznego u dzieci. Polega ona na przyśpieszeniu tętna w okresie wdechu i zwolnieniu tegoż w czasie wydechu. Rozpoznanie jej nie napotyka na żadne trudności, chyba wówczas, gdy oddech jest przyśpieszony i nierówny. Lecz i wtedy unika się wahań rozpoznawczych, każąc choremu wolno i rytmicznie oddychać; uwzględnić przytem należy, że zmiana rytmu akcji sercowej nie występuje natychmiast po rozpoczęciu fazy wdechowej lub wydechowej, lecz w chwilę później. Wreszcie trzeba zaznaczyć, że niemiarowość oddechowa znika pod wpływem wysiłku, jak i po podskórnem wstrzyknięciu atropiny.

II. Niemiarowość wywołana skurczami dodatkowymi (extrasystole). Ta postać niemiarowości należy do najczęstszych i jest zarazem bardzo łatwa do rozpoznania. Klinicznie przedstawia się ona następująco: po kilku, lub kilkunastu miarowych skurczach serca, słyszymy nad sercem naraz uderzenie nieco przyspieszone, po ktorem następuje pauza dłuższa, niż to miało miejsce dotychczas, poczem rytm serca powraca do prawidłowego stanu, by po następnej serji prawidłowych uderzeń zjawisko powyższe znowu się powtórzyło. Ten przedwczesny skurcz komór (extrasystole) może być skurczem efektywnym t. j. może pchnąć falę krwi do układu naczyniowego i wówczas to wyrazi się on też tętnem wyczuwalnem na tętnicy sprychowej. Skurcz dodatkowy może być jednak daremnym, to jest niewyczuwalnym, a stanie się to wtedy, gdy w chwili dodatkowego skurczu komór, te ostatnie nie zdołały się jeszcze wypełnić dostateczną ilością krwi. Zazwyczaj extrasystole nie wywołuje żadnego wrażenia podmiotowego u chorych; niekiedy jednak chorzy skarżą się na krótkotrwałe, nagłe uczucie skurczu serca, albo przelotny ból, uczucie próżni w klatce piersiowej lub w głowie, zawrót głowy, albo wreszcie mgłę przed oczami. Co się tyczy ścisłego ustalenia źródła powstania skurczu dodatkowego (ze strony komór, przedsionków lub węzłów), to odpowiedź na to pytanie może dać tylko elektrokardiograf.

III. Niemiarowość całkowita zupełna (arrhythmia completa). Ta postać niemiarowości różni się zasadniczo od postaci ostatnio opisanej. O ile bowiem w tamtej postaci nierówność akcji serca występowała jako epizod na tle miarowej pracy serca, o tyle w niemiarowości zupełnej niepodobna dosłuchać się jakiegokolwiek równomiernego następstwa skurczów. Poszczególne pauzy międzyskurczowe są nierówne, podobnie jak i same skurcze nierówne są co do siły. Niekiedy uderzenia następują w wolniejszem tempie, by nagle ustąpić miejsce jak gdyby wybuchom, złożonym z kilku uderzeń. Nagół jednak akcja serca jest przyspieszona; 100 do 120 uderzeń na minutę, jakkolwiek spotyka się czasem niemiarowość zupełną w postaci zwolnionej, która stanowi jednakowoż przeciwwskazanie do stosowania chinidyny. Godzi się też nadmienić, że wstrzyknięcie atropiny, które doprowadza do zniknięcia arytmji oddechowej i extrasystolji — nie wpływa zupełnie, lub wpływa raczej niekorzystnie, na niemiarowość całkowitą.

IV. Niemiarowości okresowe. Tu należą te postaci niemiarowości, które nie są arytmjami w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale allorytmjami. Ważną jest ta postać allorytmji, która jest wywołana przez extrasystole, opisaną już powyżej. W tym jednak wypadku chodzi o skurcz dodatkowy, który powstaje po każdym skurczu prawidłowym. Tę postać allorytmji nazywamy też tętnem bliźniaczem (pulsus bigeminus). Na tętnicy

[1]) Poniższe streszczenia wybrane są z zeszytu „*Le Journal médical français*" nr. 7, poświęconego w całości leczeniu chinidyną. W zeszycie tym, oprócz prac poniżej streszczonych, znajdują się prace: 1) Rozpoznanie elektrokardjograficzne zaburzeń rytmu serca nadających się do leczenia chinidyną. 2) Badania doświadczalne nad wpływem chininy, i chinidyny na serce i naczynia, oraz obfite piśmiennictwo światowe dotyczącego przedmiotu od roku 1922. Ani jednego autora polskiego. (Przyp. ref.).

sprychowej wyczuwamy regularne następstwa, złożone z dwuch uderzeń, przedzielonych dłuższą pauzą. Z tych dwuch uderzeń pierwsze jest najsilniejsze. Podobny rodzaj tętna wywołany być może przez niezupełne rozszczepienie przedsionkowo-komorowe. W tym ostatnim przypadku mamy do czynienia z dwoma skurczami przedsionków, po których następuje za każdym razem skurcz komór, podczas gdy po trzecim z rzędu skurczu przedsionków, komory już się nie kurczą. I tu wyczuwać się będzie na tętnicy sprychowej dwa uderzenia oddzielone dłuższą pauzą, z których pierwsze uderzenie będzie silniejsze, właśnie dzięki tej dłuższej pauzie. Autorowie podkreślają jednak, że pulsus bigeminus, pochodzenie swe zawdzięczający skurczom dodatkowym, cechować się będzie większą ilością uderzeń na minutę (ponad 60), podczas gdy przy niecałkowitem rozszczepieniu przedsionkowo - komorowem ilość tętna nie będzie dochodziła do 50. Autorowie też podkreślają, że *pulsus bigeminus* w 9/10 przypadków zawdzięcza swe pochodzenie extrasystolji. Tętno naprzemienne (pulsus alternans) różni się, jak wiadomo, od tętna bliźniaczego, gdyż pierwsze posiada normalną rytmikę i jedynie wysokość fali tętna okresowo (co drugi raz) się zmienia.

Autorowie wspominają wreszcie o pewnej osobliwości tętna, zawdzięczającej swe powstanie również extrasystolji. Chodzi tu mianowicie o ten objaw, który wysłuchujemy nad sercem i który nazywamy rytmem galopującym; jest to rytm składający się z grup po trzy uderzenia każda, przedzielonych dłuższą pauzą. Podobny objaw wysłuchujemy nad sercem przy niezupełnem rozszczepieniu przedsionkowo-komorowem (opisanem powyżej), jak i przy zwężeniu ujścia żylnego lewego. Dla odróżnienia tego trójczasowego rytmu, pochodzenia extrasystolicznego, uwzględnić należy trzecie uderzenie, które jest głośne przy extrasystolji, przy której też występuje nagłe i znaczne wypełnienie żyły jarzmowej. O pokrewnych allorytmjach przy ogólnie zwolnionem tętnie autorowie nie wspominają, gdyż nie nadają się one do leczenia zapomocą chinidyny. Takie są cechy allorytmji pochodzenia extrasystolicznego, która jedynie nadaje się do leczenia przy pomocy chinidyny.

V. Częstoskurcze napadowe. (Tachycardiae paroxysmales). Niekiedy trudno jest odróżnić napady prawdziwej tachykardji paroxysmalis od napadu zwykłego przyśpieszenia akcji serca. Odróżnienie łatwe jest tylko wówczas, gdy napad tachykardji prawdziwej posiada również piętno nierówności tętna, którą to postać autorowie nazywają tachyarrhythmia completa paroxysmalis. Co się tyczy nierówności tętna w tych przypadkach, to zaznaczyć należy, że rozpoznanie oprzeć można jedynie na osłuchiwaniu serca, ponieważ przy tak znacznem przyspieszeniu akcji serca niektóre skurcze nie dochodzą do tętnicy sprychowej, nawet w przypadkach tachykardji z zupełnie regularnem tętnem. Celem odróżnienia napadu prawdziwej tachycardia paroxysmalis, o tętnie regularnem, od napadu zwykłego przyspieszenia tętna (tachykardja pochodzenia zatokowego) uwzględnić należy następujące różnice tachykardja zwykła nie posiada ani wyraźnego początku, ani końca, liczba skurczów dochodzi najwyżej do 160 — 180 uderzeń na minutę, przyczem liczba ta waha się w czasie, napadu pod wpływem ruchu chorego, lub podniet psychicznych; natomiast napad prawdziwej tachycardia paroxysmalis rozpoczyna się nagle, liczba tętna dochodzi do swego maximum, na którem utrzymuje się przez cały czas napadu i nie ulega żadnym ubocznym wpływom, a napad kończy się również ostro (czasem istnieją wyjątki); ciśnienie tętnicze zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe znacznie opada. Autorowie odróżniają dwa rodzaje prawdziwej tachycardia paroxysmalis, z których pierwszy nazywają tachyheterosystolia paroxysmalis, drugi zaś trzepotaniem przedsionków. Praktycznie rodzaj pierwszy cechuje się ilością skurczów serca osiągającą lub przekraczającą 200 uderzeń na minutę, przyczem napad trwa parę godzin i zwykle nie przekracza tygodnia, drugi zaś nie dochodzi do 200 uderzeń na minutę, a sam napad trwa parę tygodni lub miesięcy. Lecz i te cechy nie są zbyt stałe tak, że rozpoznanie daje się ustalić dopiero zapomocą elektrokardjografu.

VI. Częstoskurcze stałe. Tu należą 1) tachykardje pochodzenia zatokowego, trwające długi przeciąg czasu, które spotykamy po przebyciu chorób zakaźnych, w autointoksykacjach, w chorobie *Basedowa* i t. p. — i 2) tachykardje z powodu trzepotania przedsionków. Odróżnienie ich naogół może być bardzo trudne, zazwyczaj jednak trzepotanie przedsionków wyróżnić można dzięki stałości przyspieszenia akcji serca i niepodatności względem wpływów postronnych, podczas gdy częstoskurcz pochodzenia zatokowego posiada cechy pod tym względem przeciwne.

Leczenie niemiarowości zupełnej za pomocą siarczanu chinidyny. Wskazania i przeciwwskazania. C. Lian, A. Blondel, O. Viau i Heimann. *Journ. Méd. français. Nr. 7, r. 1928.*

Chinidyna, będąca izomerem chininy, została wyodrębniona przez *Pasteur'a* w r. 1853. Do lecznictwa w chorobach sercowych weszła ona jednak znacznie później, ustępując początkowo miejsca chininie. *Huchard* stosował chininę w przypadkach częstoskurczu napadowego (tachycardia paroxysmalis), *Lancereaux* w zaburzeniach rytmiki serca występujących w chorobie *Basedowa; Wenckebach* w r. 1914 w niemiarowości zupełnej, Profesor *Frey* z Kilonji rozpoczął pierwszy stosowanie chinidyny w zaburzeniach akcji serca, a prace dotyczące tego przedmiotu wydał w r. 1918. Od tego czasu badania nad działaniem chinidyny przeprowadzono we wszystkich krajach kulturalnych. We Francji w r. 1922 pojawiły się głosy występujące poważnie przeciwko stosowaniu chinidyny w przypadkach niemiarowości zupełnej, a przecież według autorów chinidyna właśnie w niemiarowości zupełnej jest nietylko najcenniejszym lekiem, ale nawet lekiem jedynym. Autorowie występują przeciwko zakorzenionym przekonaniom, stojącym na przeszkodzie w uzyskaniu przez chinidynę należnego jej miejsca w kardjologji.

1. Niesłusznie—powiadają autorowie — kardjologowie podkreślają trudność odróżnienia niemiarowości zupełnej od niemiarowości extrasystolicznej.

2. Niesłusznie wielu lekarzy utrzymuje, że niemiarowość zupełna nie daje się usunąć zapomocą chinidyny.

3. Niesłusznie zapisuje się zbyt słabe i niedostateczne dawki chinidyny w odpowiednich przypadkach.

4. Niesłusznie nie zna się skutecznego działania chinidyny także w przypadkach niemiarowości extrasystolicznej, częstoskurczu napadowego i wresz-

cie w tachykardjach stałych, wywołanych trzepotaniem przedsionków.

Wskazania. Według autorów chinidyna jest jedynym lekiem w niemiarowości zupełnej i tej to sprawie poświęcają niniejszy artykuł. Siarczan chinidyny stosować należy nawet w tych przypadkach niemiarowości zupełnej, w których ta ostatnia przebiega bez żadnych zaburzeń czynnościowych, albowiem samo istnienie niemiarowości może być przyczyną powstania niewydolności mięśnia sercowego, a nadto może ona wywołać powikłania w postaci zatorów (embolia), a nawet doprowadzić do nagłej śmierci. Szczególnie jednak efektownem jest stosowanie chinidyny w tych przypadkach, w których występują objawy lekkiej niedomogi mięśnia sercowego, jak np. zaburzenia oddechowe, bicie serca po wysiłkach fizycznych. Wtedy to podanie chinidyny usuwa te objawy i może zapobiec dalszemu rozwijaniu się niedomogi. W przypadkach niemiarowości zupełnej, połączonej z niedomogą mięśnia sercowego średniego stopnia, należy podawać chinidynę po uprzedniem jednak stosowaniu naparstnicy. Nie należy natomiast stosować chinidyny w przypadkach daleko posuniętej niedomogi mięśnia sercowego, podobnie też można mieć zastrzeżenia w stosowaniu chinidyny u starców. Należy stosować też chinidynę w przypadkach niemiarowości zupełnej o typie napadowym, a to w nadziei, że uda nam się w ten sposób zapobiec przejściu jej w postać niemiarowości stałej. Naogół wyniki leczenia chinidyną są tem lepsze, im krótszy jest czas trwania niemiarowości zupełnej, i tak wyniki te są szczególnie dobre, o ile niemiarowość trwa krócej niż rok. Istnienie wad zastawkowych współcześnie z niemiarowością zupełną nie stanowi również przeciwwskazania, jakkolwiek *Vaquez* i *Leconte* twierdzą, że niemiarowość zupełna bez powyższego powikłania przedstawia teren znacznie podatniejszy dla działania chinidyny w przypadkach migotania przedsionków. Naogół stosować należy omawiany środek we wszystkich przypadkach niemiarowości zupełnej przy uwzględnieniu poniżej podanych przeciwwskazań.

Przeciwwskazania. Najważniejszym przeciwwskazaniem jest daleko posunięta niedomoga mięśnia sercowego. Autorowie rozumieją tu występowanie zastoju żylnego z obrzękami i przesiękami w jamach surowiczych. Lecz i w tych przypadkach nie należy a priori odrzucać myśli o stosowaniu chinidyny, lecz raczej starać się o usunięcie niedomogi za pomocą przetworów naparstnicy, by następnie podać chinidynę. Przeciwwskazane jest podawanie chinidyny w przypadkach przebiegających ze zwolnieniem tętna. Wtedy bowiem wskutek obniżenia przewodnictwa wiązki *Hisa* można doprowadzić do jeszcze większego zwolnienia akcji serca. Przy niemiarowości zupełnej, przebiegającej z powyższem zwolnieniem chinidyna wywołać może objawy zespołu *Adams-Stokes'a*. Niektórzy autorowie sądzą, że chinidyna, zwalniając szybkość skurczów przedsionków, spowodować może powstawanie zatorów wobec tego, że przedsionki kurcząc się wolniej, kurczą się zarazem silniej. I tak się rzecz ma w istocie; autorowie są jednak zdania, że w tych przypadkach każdy środek nasercowy, o ile ma wywrzeć swe działanie, wywołać może powyższe powikłanie. Tego rodzaju wszakże wydarzenia spotykamy rzadko, a należy przytem zastanowić się, czy względnie zwolniony prąd krwi w przedsionkach będących w stanie trzepotania—nie sprzyja właśnie powstawaniu skrzepów. W każdym razie należy być ostrożnym w podawaniu chinidyny tym chorym, którzy już przebywali zatory.

Podawanie chinidyny wywołać może lekkie zaburzenia, względnie przykre następstwa.

Do pierwszych zaliczyć należy objawy nietolerancji, wyrażające się kolką jelitową, niekiedy do dziesięciu stolców dziennie. Przepisanie choremu odpowiedniej djety, polegającej na wstrzymaniu się od owoców, zielonych jarzyn, mleka, mięsa i jaj usuwa niebawem wspomniane dolegliwości. Korzystne jest też podawanie bizmutu. Do objawów nietolerancji zaliczyć też należy uczucie palenia oraz kurcze żołądkowe, jak i bóle głowy, zaburzenia wzrokowe i wystąpienie rumieni.

Do cięższych następstw po podawaniu chinidyny zaliczyć trzeba następujace sprawy, które na szczęście rzadko się zdarzają.

Ostra niedomoga mięśnia sercowego może niekiedy wystąpić po podaniu chinidyny, wobec czego należy często kontrolować tych chorych, którzy mają skłonność do osłabienia mięśnia sercowego. Notowano też, bardzo nieliczne coprawda, przypadki porażenia ośrodka oddechowego, żaden z tych przypadków jednak nie zakończył się śmiercią. Zdarzają się też niekiedy omdlewania podczas przeprowadzania leczenia chinidyną, wtedy leczenie należy przerwać. Autorowie podają jednak, że w dwuch przypadkach chorzy zataili fakt omdlewania i przeprowadzali dalej leczenie, uzyskując całkowite wyrównanie zaburzonej rytmiki serca. Prawdziwem niebezpieczeństwem przy leczeniu chinidyną są zatory, o czem wspominano już wyżej. Dotychczasowe statystyki przeprowadzone nad częstością występowania zatorów, u chorych leczonych chinidyną i tych, którym chinidyny nie podawano — są dość rozbieżne autorowie sądzą, że częstość występowania zatorów jest raczej większa u chorych, którym chinidyny nie podawano. Wreszcie wspomnieć trzeba o przypadkach nagłej śmierci w czasie leczenia chinidyną; tego rodzaju wypadków notowano w literaturze światowej około trzydziestu. Autorowie nie sądzą, by można było tu winić zbyt wysoką dawkę chinidyny, przynajmniej dane bibljograficzne przemawiają przeciw takiemu przypuszczeniu, zwłaszcza, że autorowie stwierdzić mogli kilkakrotnie bardzo wysoką tolerancję chorych na powyższy lek. Własne doświadczenie autorów przemawia za większą częstością wypadków nagłej śmierci u chorych nie leczonych chinidyną a wiadomo przecież, że niemiarowość zupełna sama dla siebie przedstawia często bardzo poważne niebezpieczeństwo dla życia chorego.

Jako ostateczny wniosek autorowie podkreślają konieczność podawania chinidyny wszystkim chorym z niemiarowością zupełną, z wyjątkiem trzech ewentualności, które przedstawiają przeciwwskazanie. A mianowicie nie należy podawać chinidyny tym chorym, którzy ulegali już poprzednio zatorom, następnie chorym, wykazującym zwolnienie tętna, wreszcie w przypadkach znacznego stopnia niedomogi mięśnia sercowego. Leczenie chinidyną stosowane wcześnie i w przypadkach właściwych polepsza znacznie rokowanie niemiarowości zupełnej

Leczenie niemiarowości zupełnej siarczanem chinidyny. C. Lian, A. Blondel i O. Viau. *Journ. Méd. français. Nr. 7, r. 1928.*

Sposób podawania. Autorowie podawali siarczan chinidyny w postaci pastylek zawierających 20 ctgr. (0.20 gr.) tego środka. Należy podawać nie więcej jak jedną pastylkę na dawkę, a mianowicie

przy śniadaniu, przy obiedzie i kolacji z początkiem przyjmowania posiłku, przy podawaniu zaś większej ilości pastylek, pozostałe podawać w równych odstępach czasu. Próby podawania chinidyny per rectum nie doprowadziły do pożądanego wyniku, a nadto wywoływały kolki jelitowe; drogę dożylną autorowie uważają za zbyt niebezpieczną. Siedem lat doświadczeń nad podawaniem chinidyny doprowadziły autorów do dwuch sposobów leczenia. Jeden z nich skierowany jest przeciwko napadowi niemiarowości zupełnej, drugi zaś ma na celu niedopuszczenie do powrotu stanu chorobowego. Autorowie podnoszą jako zasadę podawanie preparatów naparstnicy we wszystkich przypadkach, które mają być leczone chinidyną. W tym celu podają chorym 5 do 10-ciu kropli dziennie digitaliny krystalicznej w rozczynie 1/1000 w przeciągu tygodnia. W przypadkach niedomogi mięśnia sercowego zalecają przeprowadzenie kilku kuracji przy pomocy naparstnicy, aż do usunięcia objawów niedomogi. Autorowie hołdują zasadzie stopniowego powiększenia dawki chinidyny, mając na uwadze możność wystąpienia objawów nietolerancji.

I. Leczenie napadów. Natychmiast po ukończeniu podawania naparstnicy autorowie przystępują do podawania chinidyny. Podają ją w przeciągu dziesięciu dni według następującego schematu; 1, 2, 3, 4. 5, 5, 6, 6. 6, 6, tabletek dziennie (44 tabletki w ciągu 10-ciu dni; dawka całkowita 8.80 gr,).

O ile leczenie powyższe nie doprowadziło do pożądanego wyniku autorowie podają znowu przez tydzień naparstnicę, przerywając to podawanie następnego tygodnia i powtarzają takie leczenie dwu lub trzykrotnie (co razem wynosi 4 do 6-ciu tygodni). Teraz autorowie podają ponownie chinidynę, tym razem według następującego schematu; 2, 3, 4, 5. 6, 7, 7, 8, 8 tabletek dziennie (56 tabletek w ciągu 10-ciu dni; dawka całkowita 11,20 gr.). O ile i to leczenie nie doprowadziło do celu, autorowie stosują znowu leczenie naparstnicowe w sposób analogiczny do poprzednio opisanego i następnie podają chinidynę; 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 9, 10 tabletek dziennie (62 tabletek w ciągu 10-ciu dni, dawka całkowita 12.40 gr.).

Autorowie podkreślają tu, że ostatnia t. j. trzecia kuracja bywa często przykra dla chorych, a przeważnie jest o tyle zbyteczną, że trzecie leczenie rzadko sprowadza poprawę tam, gdzie drugie leczenie nie dało dodatnich wyników. Natomiast zdarzało się często uzyskać usunięcie niemiarowości zapomocą drugiej kuracji, podczas gdy pierwsza pozostała bez skutku. Wyjątkowo poprawa następowała przed dojściem do dawki 5-ciu pastylek dziennie; w połowie przypadków wynik osiągnięto po dawce 6-ciu pastylek dziennie, w jednej czwartej przypadków po 5-ciu pastylkach dziennie, wreszcie w jednej czwartej przypadków po 7-miu i 8-miu pastylkach dziennie. Podczas leczenia należy zwracać baczną uwagę na ciśnienie tętnicze i diurezę oraz pilnie śledzić za objawami nietolerancji lub niedomogi mięśnia sercowego. Djeta powinna być lekka, najlepiej roślinna, z małą ilością soli kuchennej, lub nawet bezsolna. Chory powinien unikać wysiłków fizycznych, a najlepiej jest zalecić nawet zachowanie całkowitego spokoju.

II. Leczenie zachowawcze. Skoro leczenie powyżej opisane doprowadziło do ustąpienia objawów niemiarowości zupełnej, *C. Lian* poleca dalsze stosowanie chinidyny, celem utrzymania osiągniętych wyników. Praktycznie leczenie to przedstawia się w sposób następujący; dawkę, przy której w ciągu wyżej opisanego leczenia, otrzymano ustąpienie niemiarowości — obniżamy o jedną pastylkę dziennie, nie schodząc jednak poniżej 5-ciu pastylek dziennie. Podawanie chinidyny w sposób powyższy winno trwać przez przeciąg 7m-iu dni od chwili ustąpienia objawów chorobowych (bez względu na ogólną ilość przyjętych pastylek). Dalsze leczenie jest leczeniem przerywanem, w dawkach po 4 do 5-ciu pastylek dziennie, według następującego schematu.

10 dni podawanie chinidyny na 15 dni podczas 2 mies.
7 " " " " 15 " " 2 "
5 " " " " 15 " " 2 "
5 " " " " 30 " " 2 "

Od czasu do czasu podczas przerw w podawaniu chinidyny, przepisujemy naparstnicę przez 4 do 5-ciu dni.

III. Niektóre szczegóły leczenia. Najczęściej leczenie powyższe przebiega bez żadnych szczególnych wydarzeń. O ile jednak tachyarytmia zupełna przejdzie w tachykardję o tętnie miarowem, należy przerwać podawanie chinidyny i podać naparstnicę (szczegóły w następnej pracy). Częściej zdarza się, że pod koniec leczenia chinidyną tętno znacznie się zwalnia. Wtedy podać należy naparstnicę w bardzo małych dawkach, o ile wskazane jest leczenie wspomagające akcję serca, oraz wstrzyknąć podskórnie, lub nawet dożylnie atropinę. *Danielopolu* podaje w tych przypadkach dożylnie pół mlgr. atropiny dwu, trzy lub czterokrotnie w odstępach kwadransa. Następnie autorowie opisują rzadkie przypadki, których ścisłe rozpoznanie możliwe jest tylko za pomocą elektrokardiografji i które wymagać mogą szczególnego sposobu postępowania.

IV. Wyniki leczenia. Odsetek ustąpienia niemiarowości zupełnej pod wpływem podawania chinidyny wynosi około 40%. Własna statystyka autorów wykazuje 81 przypadków niemiarowości zupełnej i stałej z 48% wyleczeń. Na 39 przypadków; w których otrzymano wyniki korzystne, 30-tu chorych wykazuje poprawę stałą, oczywiście przy stosowaniu leczenia zachowawczego. Tylko w 9-ciu przypadkach, po czasowem ustąpieniu objawów chorobowych, niemiarowość znowu wystąpiła. We wszystkich przypadkach, w których otrzymano poprawę, chorzy czują się dobrze i nie skarżą się na żadne zaburzenia czynnościowe. Także w przypadkach, w których niemiarowość nie ustąpiła, chorzy przypisują chinidynie dodatnie działanie wobec ich podmiotowych dolegliwości, niemniej jednak autorowie są przeciwni podawaniu chinidyny w tych właśnie przypadkach.

V. Leczenie i wyniki stosowania chinidyny w napadowych tachyarytmiach zupełnych. Autorowie przyznają, że ta postać niemiarowości ustępuje często samoistnie, wobec czego ocena działania chinidyny jest trudna. Nie mniej jednak otrzymuje się wrażenie, że chinidyna wpływa korzystnie na sam przebieg napadu oraz na przedłużenie przerw międzynapadowych. Celem leczenia napadu autorowie podają jedną pastylkę (0,2 gr.) chinidyny, po dwuch godzinach drugą pastylkę, po dalszych dwuch godzinach trzecią pastylkę, wreszcie po sześciu godzinach (od chwili podania pierwszej past.) czwartą pastylkę. Następnego dnia podaje się 5 pastylek, wreszcie trzeciego dnia 6 pastylek. Zazwyczaj napad ustępuje w ciągu pierwszego dnia, o ile jednak prze-

dłuża stę ponad trzy dni, autorowie przeprowadzają leczenie naparstnicą a następnie chinidyną w sposób taki sam, jaki opisano przy leczeniu niemiarowości zupełnej i stałej. W przerwach między napadami autorowie podają w przeciągu 10 do 15-tu dni po 2 do 3 pastylki dziennie z następnemi przerwami 5 do 7-miu dni.

VI. Szczególne wskazania lecznicze. W artykule powyższym autorowie omawia.i obszernie leczenie za pomocą chinidyny niemiarowości zupełnej i stałej; jest rzeczą oczywistą, że w poszczególnych przypadkach, niezależnie od leczenia chinidyną, przeprowadzać należy także odpowiednie leczenie przyczynowe, jak np. przeciwkiłowe, w przypadkach choroby Basedowa — radjoterapję, elektroterapję, usunięcie gruczołu tarczykowego, następnie leczenie przeciwgośćcowe i t. p.

Leczenie chinidyną niemiarowości extrasystolicznej. C. Lian i A. Blondel. *Journ. Méd. français. Nr. 7 r. 1928.*

Autorowie przypominają, że występowanie skurczów dodatkowych wywołuje niejednokrotnie przykre uczucia podmiotowe, co skłania chorych do szukania porady lekarskiej. W wielu takich przypadkach, polegających na nadwrażliwości i wzmożonej pobudliwości serca, podawanie bromu, belladonny i t. p. daje korzystne wyniki. Często jednak tego rodzaju leczenie pozostaje bez skutku, wobec czego zaczęto próbować podawania chinidyny. Wyniki były rozbieżne. Autorowie, na podstawie swego znacznego pod tym względem materjału, przyznają chinidynie korzystne działanie w powyższych przypadkach niemiarowości extrasystolicznej, jakkolwiek naogół wyniki te nie są ani tak korzystne, ani tak trwałe, jak w przypadkach niemiarowości zupełnej. Oto schemat leczenia niemiarowości extrasystolicznej za pomocą chinidyny, przez pierwsze dwa dni chory otrzymuje po jednej pastylce (0.20 gr) chinidyny dziennie; przez następne dwa dni po dwie pastylki dziennie; wreszcie przez dziesięć dni po trzy pastylki dziennie. Powyższe kuracje przeprowadzone są z przerwami w sposób następujący.

2 do 4 kuracje	przez	14 dni	przedzielone przerwą	5 dni	bez	pastylek
2 „ 4 „	„	10 „	„	5 „	„	„
2 „ 4 „	„	7 „	„	8 „	„	„
2 „ 4 „	„	5 „	„	10 „	„	„
2 „ 4 „	„	5 „	„	25 „	„	„

Co się tyczy podawania naparstnicy, autorowie przyznają, że w większości przypadków jest ono zbędne. Ze względu jednak na to, że w przypadkach arytmji extrasystolicznej stwierdza się, przy prześwietlaniu promieniami Roentgena niejednokrotnie powiększenie serca, autorowie skłonni są w pewnej liczbie przypadków, w tych to zmianach widzieć przyczynę powstawania extrasystolji i dla tego radzą podawać małe dawki naparstnicy. W tym celu podają przez 5 do 7-miu dni 0.1 mlgr digitaliny krystalicznej dziennie.

Oczywiście przeciwskazania, opisane w poprzednich artykułach, zachowują swoją ważność i w tych przypadkach (znacznego stopnia niedomoga mięśnia sercowego, zwolniona akcja serca). Przy zachowaniu dużych ostrożności można też próbować podawania chinidyny w przypadkach tętna bliźniaczego pochodzenia extrasystolicznego, lecz tu chinidyna zwykle mało pomaga. Wreszcie raz jeszcze podkreślić należy, że wpływ chinidyny na niemiarowość pochodzenia extrasystolicznego jest znacznie mniej korzystny, niż na niemiarowość zupełną.

Leczenie częstoskurczu stałego i napadowego zapomocą chinidyny. C. Lian i O. Viau. *Journ. Méd. français Nr. 7 r. 1928.*

W niniejszym artykule autorowie omawiają wpływ chinidyny na „serce pobudliwe", zespół Basedowiczny i częstoskurcz stały, wywołany przez trzepotanie przedsionków.

I. „Serce wrażliwe". Pod tą nazwą autorowie rozumieją przyspieszenie akcji serca, bądź to stałe, bądź też pod wpływem wysiłków fizycznych, przy braku jakichkolwiek zaburzeń ze strony sercowo-naczyniowej. W tych przypadkach autorowie przystępują do podawania chinidyny dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych sposobów leczenia,

podając wtedy 3 pastylki po 0.2 gr. chinidyny dziennie przez przeciąg dziesięciu dni, poczem powyższe leczenie powtarzają po przerwie 5-cio dniowej. *Boden i Neukirch* w podobnych przypadkach nie otrzymali korzystnego wpływu, autorowie na 8 przypadków spotkali się raz z nietolerancją wobec chinidyny, raz uzyskali lekką poprawę, w 6-ciu zaś przypadkach wyraźne obniżenie przyspieszenia akcji serca.

II. Częstoskurcz stały pochodzenia basedowicznego. Sposób leczenia jak wyżej podany. Autorowie podkreślają wyraźnie, że te przypadki należy leczyć przedewszystkiem przyczynowo, podczas gdy leczenie chinidyną pozostaje na drugim planie i nie zawsze daje poprawę stanu chorobowego.

III. Częstoskurcz stały, wywołany trzepotaniem przedsionków. W tych przypadkach autorowie stosują dwojakie leczenie: albo przetwory naparstnicowe w dużych dawkach, albo też naparstnicowe w zwyczajnych dawkach, po której podają chinidyne.

Podawanie naparstnicy w dużych dawkach. Pod wpływem dużych dawek naparstnicy można wprawdzie usunąć trzepotanie przedsionków, połączone z częstokurczem, zdarza się jednak niekiedy, że naparstnica wywołuje niemiarowość zupełną, trwającą dwa do trzech dni. Wtedy należy zaprzestać podawania tego leku; jeśli jednak niemiarowość zupełna wykazuje skłonność do utrzymania się (niemiarowość zupełna i stała), wówczas należy przejść do podawania chinidyny, w sposób podany w jednym z poprzednich, artykułów. Trzepotanie przedsionków przechodzi wówczas w ich migotanie i przedsionki wykazują w elektrokardjogranie zamiast 200 do 400 skurczów równych miarowych i całkowitych na minutę (przy trzepotaniu) — 400 do 600 skurczów niemiarowych, nierównych i częściowych (przy migotaniu). W przypadkach autorów, wyleczonych zapomocą podawania dużych dawek naparstnicy, dawka tego leku wynosiła 2 do 4 mlg. digitaliny krystalicznej. Leczenie naparstnicą odbywa się w sposób następujący: autorowie podają 20 kropli rozczynu 1/1000 digitaliny dziennie przez przeciąg 5-ciu dni, co wynosi razem 2 mlgr; następnie podają 10 kropli digitaliny dziennie przy ścisłej obserwacji chorego. Podczas tego leczenia pojawia się lekko zaznaczona nierówność tętna, jako świadectwo jeszcze istniejącego trzepotania przedsionków, następnie dopiero pod wpływem dalszego podawania naparstnicy tętno staje się równe i miarowe, bez przyspieszenia. W ten sposób przedstawia się korzystny przebieg leczenia. O ile jednak, wyżej wspomniana, lekko zaznaczona niemiarowość tętna staje się wyraźna i bijąca w oczy, wówczas natychmiast należy przerwać podawanie naparstnicy, gdyż jest to dowodem przejścia trzepotania w migotanie przedsionków, o czem przekonać się można za pomocą elektrokardjografu. W tych przypadkach autorowie czekają 3 do 4 dni, a jeśli do tego czasu objawy niemiarowości tętna nie miną, wtedy przystępują do leczenia chinidyną, jako niemiarowości zupełnej. Podczas tego leczenia chory powinien pozostawać w łóżku i pod ścisłą obserwacją lekarza.

Leczenie chinidyną. Przed podawaniem chinidyny autorowie podają zawsze jeden mlgr. digitaliny (o ile istnieją objawy niewydolności mięśnia sercowego autorowie przeprowadzają oczywiście dłuższe leczenie naparstnicą). Chinidynę podają w sposób następujący; 1 pastylkę w ciągu pierwszego dnia, 2 pastylki chinidyny w ciągu drugiego i trzeciego dnia, następnie 3 pastylki dziennie w ciągu czterech dni. Po przerwie, podczas której podają naparstnicę, przystąpić można do powtórzenia powyższej kuracji.

IV. Częstoskurcz napadowy (tachyheterosystolia paroxysmalis).

Leczenie podczas napadu. Po wyczerpaniu tego rodzaju sposobów leczniczych jak; wysiłek fizyczny przy zatrzymaniu oddechu po głębokim wdechu, głębokie oddechanie, wywoływanie nudności i wymiotów, odruchu oczno-sercowego, autorowie podają jedną pastylkę chinidyny, po 2 godzinach drugą, po 4 godzinach (po drugiej pastylce) dają trzecią pastylkę, po dalszych 8-miu godzinach czwartą pastylkę. Jeśli po upływie 24 godzin napad jeszcze trwa, autorowie podają drugiego dnia 5 do 6-ciu pastylek, jeżeli i to nie pomaga, autorowie zaprzestają podawania chinidyny, aby nie osłabiać dalej mięśnia sercowego, który i tak ulega osłabieniu pod wpływem samego napadu. Tu wspomnieć należy że niektórzy autorowie próbowali podawania chinidyny, jako soli bromowej, bezpośrednio do żyły; *Lian* i jego szkoła są temu jednak przeciwni. Przychylniej natomiast zapatrują się na leczenie częstoskurczu napadowego za pomocą dożylnych wstrzykiwań chininy, za przykładem *Wenckebach'a* (0.25 gr. chinini bimuriatici, 0,20 gr. urethani w 3,0 ccm. roztworu fizjologicznego). Jeśli ta dawka nie wywoła pożądanego wyniku, wstrzyknąć można (jak to uczynili *Géraudél i Mouquin*) 0,40 gr. chininy w cztery godziny po pierwszem wstrzyknięciu. *Wenckebach* twierdzi, że środek ten albo działa natychmiast, albo pozostaje bez wpływu; istotnie w przypadkach korzystnych częstoskurcz ustępuje w przeciągu minuty po wprowadzeniu środka.

Leczenie między napadami. Autorowie podają 3 pastylki dziennie w okresach dziesięcio do szesnastodniowych, przerywanych pauzami pięciodniowemi, powtarzając to leczenie w przeciągu długich miesięcy. O ile napady częstoskurczu powikłane są wadami zastawek lub zmianami w mięśniu sercowym, podaje się w przerwach między chinidyną przetwory naparstnicy.

V. Częstoskurcz napadowy wywołany przez trzepotanie przedsionków. W razie współistnienia osłabienia mięśnia sercowego podać należy naprzód naparstnicę, o ile tego osłabienia niema, autorowie podają odrazu 2 pastylki chinidyny pierwszego dnia, podnosząc codziennie dawkę o jedną pastylkę aż do 6-ciu pastylek dziennie. Jeżeli napad trwa dalej, należy postępować tak, jak przy leczeniu częstoskurczu stałego, wywołanego trzepotaniem przedsionków. W przerwach między napadami postępowanie takie, jak w przypadkach *tachyheterosystolia paroxysmalis*.

Przerwanie napadów astmy anafilaktczynej za pomocą upustu krwi. Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier i L. Rouguès. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 25. r. 1928.*

Jak wiadomo, upust krwi stosuje się ewentualnie w napadach astmy oskrzelowej, ale zazwyczaj tylko wówczas, gdy równocześnie mamy do czynienia z niedomogą mięśnia sercowego, a czynimy to w nadziei ulżenia prawej komorze serca, bynajmniej zaś nie w chęci wpływania na sam napad dychawicy. Autorowie podają trzy historje choroby, dotyczące chorych na dychawice oskrzelową, powstałą

na tle anafilaksji, w których upust krwi usunął całkowicie napady.

Przypadek pierwszy dotyczy 30-to letniego piekarza, u którego napady były wywoływane przez wdychanie pyłu mącznego. Reakcje skórne przy użyciu różnych gatunków mąki ze zboża wypadły silnie dodatnio. Długi czas trwające leczenie przy pomocy podskórnego wprowadzania wyciągów mąki nie dało żadnej poprawy tak, że chory zrezygnował z tego leczenia i mimo napadów pracował nadal w swej piekarni. Po pewnym czasie chory zgłosił się powtórnie z oznajmieniem, że po wypadkowem zranieniu się w ręke, które było na tyle głębokie, że wywołało dość obfity krwotok—napady na przeciąg czterech miesięcy zniknęły. Autorowie sprowokowali u chorego napad, poczem wykonali krwiupust w ilości 300 ccm. Zabieg ten przerwał napad i chory przez czas dłuższy uwolniony był od swojej dolegliwości. Podczas dalszej obserwacji każdy krwiupust sprawiał choremu znaczną ulgę na pewien, niestety ograniczony, przeciąg czasu.

Przypadek drugi dotyczy również piekarza. 3?-ro letniego. Leczenie swoiste nie dało pożądanego wyniku, wobec czego autorowie przystąpili do powtórzenia próby przerwania napadu za pomocą upustu krwi. W 40 minut po wywołaniu napadu, choremu pobrano 75 ccm krwi. W przeciągu 6-ciu minut od chwili pobrania napad ustąpił i chory, który cierpiał na codzienne napady, teraz był wolny przez przeciąg 3 dni od swej dolegliwości. Po paru dniach wykonano powtórny upust krwi w tej samej ilości, podczas sprowokowanego napadu, który również w przeciągu paru minut ustąpił, tym razem jednak tylko na przeciąg połowy doby. Próba ochronnego upustu krwi, wykonanego przed wywołaniem napadu, pozostała bez skutku.

Trzeci przypadek dotyczył 36-letniej chorej uczulonej na zapach musztardy. Wdychanie zapachu musztardy wywołuje u niej napad w przeciągu 1 do 2 minut. Podczas napadu u chorej dokonano nakłucia żyły. Już w czasie wypływania krwi duszność zupełnie ustąpiła i chora czuła się zupełnie dobrze, aczkolwiek świsty i furczenia, słyszalne nad płucami, jeszcze utrzymywały się. Upust krwi wynosił zaledwie 16 cm. W drugiem również dodatniem doświadczeniu wypuszczono 20 cm. krwi. Wobec tak małych ilości wypuszczonej krwi nasuwało się podejrzenie, że chodzi tu o wpływ suggestji, a ponieważ *Le Calvè* opisał przypadek przerwania napadu dychawicy oskrzelowej za pomocą tylko podwiązania ramienia, przeto autorowie powtórzyli to doświadczenie, używając przytem sugestji, co jednak pozostawało bez wpływu na przebieg napadu. Wobec tego u chorej dokonano upustu krwi, tym razem 125 cm. co usunęło napad całkowicie.

Nie wszyscy jednak chorzy na dychawicę oskrzelową reagują równie korzystnie na upust krwi. U 2 chorych nadwrażliwych na sierść końską, powyższe leczenie pozostało bez skutku. podobnie jak i w 8-miu przypadkach napadów dychawicy oskrzelowej u chorych, nie wykazujących swoistej nadwrażliwości.

Autorowie podają powyższe doświadczenia nie wchodząc w mechanizm działania leczniczego krwiupustu.

Astma i upust krwi. E. Bernard. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 25. r. 1928.*

Chora lat 47 przybywa do szpitala wśród napadu silnej duszności z objawami rozlanego nieżytu oskrzeli, tętnem 135 na minutę. Parcie tętnicze wynosi 18 i ½ do 10 i ½ cm. Hg., wątroba jest nieco powiększona, brak obrzęków, we krwi stwierdzono 0.32 pro mille mocznika, w moczu 3 pro mille białka. W przypuszczeniu, że chodzi tu o osłabienie mięśnia sercowego i obrzęk płuc, u chorej dokonano upustu krwi. Po wypuszczeniu 300 cm. parcie tętnicze krwi spadło na 11 — 10 i ½, a po wypuszczeniu razem 500 cm. parcia nie można już było oznaczyć. Ponieważ wystąpiły objawy zapadu, chorej wstrzyknięto kofeinę i kamforę. W dwie minuty później parcie krwi wynosi 10 — 7, w dwie godziny zaś później parcie utrzymuje się to samo, tętno 104, oddechow 18, wstrzyknięto morfinę. Po dwuch dniach chora czuje się dobrze, parcie krwi utrzymuje się stale na 12 i ½ — 7 cm. Hg., białkomocz zniknął, natomiast we krwi stwierdzono obecność 11% eozynochłonnych, jako też obecność komórek eozynochłonnych w plwocinie.

Autor podkreśla, że w przypadku powyższym miał do czynienia z dychawicą oskrzelową, w której upust krwi przerwał wprawdzie napad, wywołał jednak niezwykłą reakcję. U tej samej chorej dokonywano niejednokrotnie później małych upustów krwi w napadach dychawicy, zawsze z dobrym wynikiem tj. przerywano napad bez tak burzliwych przejść, jak wyżej opisano. Spadek tętniczego parcia krwi i zapad u powyższej chorej jest wyjątkowy, o ile się uwzględni niezbyt wielką ilość wypuszczonej krwi. Podobny przypadek po wypuszczeniu 200 cm. krwi, obserwował *Pawilewicz* na oddziale prof. *Couvelaire'a*, *Harvier* i *Buriély* po wypuszczentu 300 cm.

Autor podkreśla nadto szczególny objaw, który zaobserwował we krwi chorej. A mianowicie przy upuście krwi stwierdzono: 10.6% białka w surowicy krwi (ilość prawidłowa: 7.6%), po krwiupuście ilość białka wynosiła 8.9%, a w dwa dni poźniej 7.42%. Oczywiste jest zatem, że wskutek krwiupustu, krew została rozcieńczona znaczną ilością płynów międzytkankowych, o skąpej zawartości białka. Autor wstrzymuje się od twierdzenia, czy fakt powyższy był przyczyną poprawy stanu zdrowia chorej, podkreśla przytem, że dodatni wpływ upustu krwi na napad dychawicy oskrzelowej u chorych, którzy nie wykazują szczególnego uczulenia — stwierdził tylko raz jeden.

Badania nad moczopędnym wpływem mocznika w leczeniu wysięków i przesięków. Simicy, Marcou i Popesco. *Presse Médicale Nr. 60, r. 1928.*

Autorowie w skróceniu podają historję stosowania mocznika, jako środka moczopędnego. Ze względu na to, że mocznik nie jest stosowany w tych rozmiarach, na jakie zasługuje, przeto autorowie dokonali szeregu badań u ludzi zdrowych i chorych, oraz na psach. Badania dokonane u ludzi zdrowych wykazały, że 25 gr. mocznika spożytych naraz wywołuje dość znaczną diureze, której szczyt przypada na 99 minut po przyjęciu środka, wzrasta również stężenie moczu (najbardziej po 4-ch godzinach), ilość mocznika we krwi wzrasta już w pierwszej pół godzinie, osiągając swe maximum po półtora godzinie. Podając wyniki swych badań dokonanych u 7-miu chorych z marskością zanikową wątroby, ze znacznem nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej, u 10-ciu chorych ze znacz-

nym wysiękiem opłucnej, oraz u 7-miu chorych cierpiących na gruźlicę otrzewnej i opłucnych, z nagromadzeniem się tamże płynów — autorowie streszczają je następująco:

1. Mocznik posiada znaczną własność moczopędną zarówno u zdrowych, jak i chorych, bądź to z wysiękiem, bądź też z przesiękiem.

2. Diureza, wywołana przez mocznik, jest proporcjonalna do ilości przyjętego środka. Niekiedy wzmożone moczenie utrzymuje się przez 24 godziny po zaprzestaniu podawania mocznika.

3. Mocznik jest bardzo dobrze znoszony przez chorych w dawce 25 — 50 gr. dziennie (rozpuszczonych w 250 gr. wody, do czego dodać można dla złagodzenia smaku nieco konfitury lub syropu, całość należy wypić w 4-ech równych porcjach w ciągu dnia). Leczenie należy przeprowadźać w serjach od 3 do 7 dni, przedzielonych kilkudniowemi pauzami, (w tych pauzach można podawać inne środki moczopędne).

4. U chorych, ktorych nerki odznaczają się dobrą zdolnością wydzielania ciał azotowych, mocznik wywołuje tylko przejściową i lekką azotemje, bez żadnego ujemnego wpływu na stan ogólny. U chorych z upośledzonem wydzielaniem ciał azotowych podawanie mocznika może wywołać wystąpienie mocznicy.

5. Wzmożenie mocznika we krwi po podaniu znacznych dawek mocznika, znika w 24 do 48 godzin po przerwaniu podawania.

6. Diureza dochodzi do 1500 — 2000 cm., w jednym przypadku osiągnęła 3200 cm. w 24-ch godzinach.

7. mocznik posiada właściwość zwiększania wydzielania chlorków i kwasu moczowego.

8. W porównaniu do diurezy, wywołanej zapomocą salyrganu, novasurolu, wapnia i ciał purynowych, diureza wywołana przez podawanie mocznika okazała się w doświadczeniach autora najwyższa i najbardziej stała.

Wobec powyższych wyników należy uważać mocznik za jeden z najdzielniejszych środków moczopędnych.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Wpływ znieczulenia rdzeniowego na ruchy robaczkowe jelit. Leveuf. *La Presse Méd, Nr. 65, sierpień 1928.*

Ruchy robaczkowe jelit, jak wiadomo, są zależne od podniet, wychodzących z układu nerwowego autonomicznego, zawartego w ich ścianie; wpływ nerwu błędnego nie jest tutaj jeszcze całkowicie wyjaśniony, ale znaczenie jego jest raczej drugorzędne. Zato nerw trzewny ma działanie zupełnie określone, a mianowicie działa hamująco na ruchy jelit. Znieczulenie rdzeniowe pobudza jelita do gwałtownych nieraz ruchów robaczkowych na drodze porażenia nerwu trzewnego i wypadnięcia w ten sposób czynnika hamującego; objaw ten daje się spostrzegać i na pętlach jelit obnażonych i poddanych działaniu wysychania, drażnienia mechanicznego i tp., co w innych warunkach spowodowałoby na drodze odruchowej (przez nerw trzewny) zahamowanie zupełne tych ruchów. W pewnych przypadkach niedrożności mechanicznej ten gwałtowny ruch robaczkowy jelit występuje dopiero wtedy, kiedy po usunięciu przeszkody (w przepuklinie uwięźniętej naprz.) zastoinowa zawartość kiszek przedostanie się do odcinka poniżej miejsca przeszkody.

Pooperacyjne porażenie kiszek jako następstwo zapalenia żył. Ducuing. *La Presse Méd. Nr. 67, sierpień 1928.*

Zwykle czwartego lub piątego dnia po operacji brzusznej, w czasie prawidłowego przebiegu okresu pooperacyjnego już po odejściu gazów i oddaniu pierwszego stolca występuje mniej lub silniej zaznaczone wzdęcie brzucha, zaparcie stolca (który zresztą wywołać można przy pomocy środka czyszczącego), czasami zaburzenia w urynowaniu, stan podgorączkowy i przyśpieszenie tętna, bez wymiotów, bólów i bolesności uciskowej brzucha, najczęściej po kilku dniach wszystko mija bez śladu, rzadziej w czasie tego występują objawy zakrzepowego zapalenia żył kończyn dolnych lub objawy zatoru.

To „późne" porażenie kiszek pooperacyjne autor tłumaczy zapaleniem żył jamy brzusznej i miednicy małej, wpływającem na ruchy kiszek dzięki gorszemu ukrwieniu ich ścian (zakrzepy) lub na drodze niewielkiego odczynu zapalnego ze strony otrzewnej trzewnej. Naturalnie, nie należą tu przypadki ogólnego lub miejscowego zapalenia otrzewnej, przypadki powikłane krwiakiem zakażonym lub wystąpieniem niedrożności mechanicznej.

Za wyżej przytoczonem tłumaczeniem tego niedowładu kiszek przemawiają następujące fakty: częste występowanie tych objawów po operacjach, po których szczególnej często zdarzają się zapalenia żył (operacje na macicy wskutek guzów), zaburzenia w oddawaniu moczu jako wyraz zapalenia żył okołopęcherzowych, powikłanie objawami zatorów i zapalenia zakrzepowego żył kończyn dolnych, wreszcie badanie przez pochwę lub odbytnicę pozwala wykryć niekiedy zmienione zapalnie i wypełnione zakrzepami żyły miednicy małej.

Co do leczenia — chorym takim należy zalecić zupełny spokój i leżenie w łóżku przez czas dłuższy, jak wogóle w przypadkach zapalenia zakrzepowego żył (niebezpieczeństwo zatoru).

Czy można przyspieszyć gojenie się złamań. Mouzon. *La Presse Méd. Nr. 67, sierpień 1928.*

Gojenie się złamań zależy nie tylko od warunków miejscowych jak liczba, kształt i wzajemne ułożenie odłamów, ich ostateczne unieruchomienie, stan okostnej, obecność zakażenia i wreszcie dostateczne ukrwienie (a właściwie przekrwienie) ogniska złamania, zależy również od pewnych warunków ogólnych, nieuchwytnych jak dotychczas, które starają się oświetlić różni eksperymentatorzy, zresztą bez większego powodzenia. Uzależniano szybkość gojenia się złamań od zawartości wapnia we krwi, którą starano się zwiększyć, podając różne preparaty doustnie, rozważano rolę względnego zakwaszenia ustroju jako przyczynę jego zubożenia w sole wapniowe, rolę gruczołów o wydzielaniu wewnętrz

nem — jajników, tarczycy a zwłaszcza gruczołów przytarczycznych, wreszcie badano wpływ witamin na zrost odłamów a mianowicie witaminy C (której brak daje objawy gnilca) i witaminy D (osteomalacia). Wszystkie te badania dotychczas jeszcze nie wniosły wiele światła do ciemnej sprawy gojenia się złamań. Wiadomem jest tylko to, że w pewny stanach chorobowych jak kiła, wiąd rdzenia, gnilec, rozmiękczenie kości (osteomalacja), obrzęk śluzowy (myxoedema), wreszcie ciąża i okres karmienia — gojenie się złamań jest znacznie opóźnione, jeśli nie uniemożliwione. Ale poza tem w warunkach fizjologicznych — przy prawidłowej czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego i przy prawidłowej djecie, dostatecznie obfitej w wapno i witaminy — wynik gojenia się złamania zależy w pierwszej linji od warunków miejscowych i tych procesów naczyniowo chemicznych, jakie odbywają się w ognisku złamania (*Policard*); w warunkach fizjologicznych wzmożenie tych procesów i przyśpieszenie gojenia się złamań, jak dotychczas przynajmniej, jest nie do osiągnięcia.

Uwagi w sprawie rozpoznawania kiły pęcherza moczowego. Chocholka. *Journ. d'Urologie XXV — Nr. 6, czerwiec 1928.*

S c h o r z e n i e t o n i e j e s t b y n a j m n i e j r z a d k i e, gdyż kiła wogóle jest chorobą o wiele częstszą nawet od tak popularnej gruźlicy. W 1900 roku statystyka kiły pęcherza moczowego zawierała tylko 14 rozpoznanych przypadków, zaś w roku 1925 — już 169; zestawienie tych dwu liczb przemawia samo za siebie, stoi zaś niewątpliwie w bezpośrednim związku ze stopniowo coraz lepszem rozpoznawaniem samego schorzenia. Do charakterystycznych dla kiły pęcherza moczowego obrazów anatomopatologicznych należą: 1) ogniskowe przebarwienie śluzówki pęcherza na kolor matowożółty (woskowy) z drobniutkiemi wyniosłościami tejże barwy i rzadkiemi naczyniami niebieskawemi, nadającemi całości wygląd marmurkowaty (skóra szagrynowa); 2) skupienia ziarniny brunatnoczerwonawej w postaci morwowatej; poza tem możemy mieć do czynienia z wykwitami niecharakterystycznemi jak owrzodzenia, guzki, kilaki i t. p.

R o z p o z n a n i e z jednej strony bywa utrudnione przez ujemny nierzadko wynik odczynu *Bordet-Wassermanna*, brak charakterystycznych zmian w moczu, brak innych cech kiłowych i dostatecznego poparcia w wywiadach z drugiej zaś — znajduje bardzo efektowne i często niespodziewanie szybkie poparcie w wyniku leczenia przeciwkiłowego.

Przypadkowe obrażenia moczowodów w czasie operacji ginekologicznych. P e t r e s e n. *Journ. d'Urologie XXV — Nr. 6, czerwiec 1928.*

Obrażenia moczowodów mogą mieć miejsce w czasie wycięcia macicy całkowitego i ponadpochwowego, wycięcia przydatków, w operacjach na więzadłach szerokich (torbiele) i operacjach wskutek wypadnięcia macicy i pochwy (colporrhaphia anterior zwłaszcza). Następujące części moczowodu są najbardziej narażone: miejsce zagięcia do małej miednicy, część zawarta w więzadle szerokiem i część szyjkowopochwowa (pars cervicovaginalis). Moczowód, przebiegający prawidłowo, rzadko bywa narażony na uszkodzenie w czasie operacji, największe niebezpieczeństwo grozi mu w przypadku znaczniejszego przemieszczenia w kierunku nieprawidłowym i nieprzewidzianym wskutek zrostów zapalnych blizn, nacieczenia nowotworowego, ewentualnie wskutek zrostów zapalnych, blizn, nacieczenia nowotworowego, ewentualnie wskutek mechanicznego odepchnięcia wzrastający duży guz dobrotliwy lub torbiel.

Obrażenia moczowodu bywają następujące: rozdarcie lub przecięcie, wycięcie, podwiązanie lub wreszcie jego załamanie. W przypadku przecięcia moczowodu następuje śmierć wskutek zapalenia otrzewnej, w najlepszym zaś razie — przetoka. Po podwiązaniu obustronnem moczowodów mamy zupełny bezmocz z objawami mocznicy i gwałtownemi bólami w okolicach lędźwiowych; po podwiązaniu jednego tylko moczowodu na pierwszy plan występuje również bezmocz (na drodze odruchowej), znikający naturalnie po pewnym czasie; spostrzeżenia kliniczne pokazały, że zupełnego powrotu prawidłowej czynności nerki można się spodziewać, o ile przeszkoda, zamykająca światło moczowodu, zostanie usunięta conajwyżej w ciągu 6 — 10 dni.

Załamanie moczowodu z zupełnem zamknięciem jego światła daje taki sam obraz, jak przy jego podwiązaniu; w przypadku załamania niecałkowitego bezpośredni przebieg pooperacyjny bywa zupełnie prawidłowy, dopiero po paru miesiącach, a nieraz latach występują objawy zaburzenia czynnościowego moczowodu, zwykle pod postacią napadów kolki nerkowo-pęcherzowej, właściwych wodonerczu przemijającemu (hydronephrosis intermittens), ze wszelkiemi późniejszemi tegoż następstwami (niedomoga czynnościowa nerki, zakażenie).

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO i CHOROBY KOBIECE.

Oznaki życia płodu i granice wyczekiwania w porodzie próbnym. A u d é r o d i a s, B a l e r d, M a h o ń. *Bull. d. l. Soc. d'Obstétr. et d. l. Gynéc. Nr. 3, 1928.*

Na wstępie autorowie zwracają uwagę, że cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy pozwala nam obecnie na dłuższe wyczekiwanie podczas prowadzenia porodów, niż to było w czasach, kiedy powszechnie wykonywano klasyczne cięcie cesarskie.

Tem większe znaczenie ma w obserwacji porodu możność rozpoznania czy płód jest żywy i czy urodzony będzie mógł żyć dalej. Dotychczas rozporządzamy dwoma oznakami górnego samopoczucia płodu w łonie matki: odchodzenie smółki i zmiany w rytmie tętna płodu. Niedokładność pierwszej z wymienionych oznak znana jest powszechnie; w artykule niniejszym autorowie podnoszą wątpliwości również, co do wartości drugiej oznaki. Przytaczają mianowicie 3 przypadki w których pomimo zupełnie dobrego tętna płodu, przychodził on na świat, wydobyty cięciem cesarskim, w zamartwicy, z której nie udało go się docucić. We wszystkich tych przypadkach miały miejsce uszkodzenia szyji bądź czaszki,. Widocznie ucierpiał przy tem ośrodek oddychania, który nie był potrzebny w łonie matki i płód czuł się znakomicie, nie mógł jednak oczywiste znieść przyjścia na świat i potrzeby oddechu.

Dziedziczność gruźlicy. Mönckeberg C., Onetto E., Vergera J. *Bulletin d. l. Soc. d. Obstétrique et de le Syn. Syn. Nr 3, 1924 r.*

Autorowie zbadali 22 przypadki, starając się ustalić czy gruźlica matki może przejść na płód przez łożysko, w 23°/₀ wyniki badań były dodatnie (wykryto pałeczki Kocha za pomocą szczepienia królików). Na zasadzie swych doświadczeń autorowie dochodzą do następujących wniosków: A. Przejście zarazka gruźliczego z matki na płód jest możliwe i niezbyt rzadkie. B. Dziecko, którego krew wywołuje gruźlicę u zwierzęcia doświadczalnego, może żyć i rozwijać się. C. Gruźlica matki nie koniecznie musi być uogólniona, żeby przejść na płód, w większości przypadków autorowie mieli do czynienia z gruźlicą ograniczoną do płuc. D. Uszkodzenie łożyska (które ma być przyczyną przejścia zarazków gruźlicy podczas porodu) bynajmniej nie jest konieczne, gdyż jak stwierdzili autorowie w 2 przypadkach, zarazek przejść może do płodu pomimo, że ten ostatni wydobyty został drogą cięcia cesarskiego, bez uszkodzenia łożyska. E. Brak objawu gruźlicy u dziecka tłumaczy się tem, że zarazek krąży narazie we krwi, umiejscawiając się dopiero w miarę zmniejszenia się sił odpornościowych organizmu dziecka. Autorowie zgadzają się w zupełności z poglądami Calmette'a i innych co do istnienia formy przesączalnej pałeczki Kocha, widząc w swych doświadczeniach potwierdzenie tego poglądu.

Spostrzeżenia nad przygięciem i odgięciem nieprawidłowem główki w przebiegu porodu. M-elle E. Woelz. *Gynécologie et Obstetrique T. XVII Nr. 5.*

Autorka przytacza obserwacje trzech przypadków, w których położenie czołowe zamieniło się już w miednicy na położenie twarzowe (nastąpiło zatem całkowite odgięcie główki). Dwie pozostałe obserwacje odnoszą się do bardziej rzadkich i ciekawych osobliwości mechanizmu porodowego, a mianowicie do przejścia położenia twarzowego w czaszkowe.

W przypadku pierwszym stwierdzono wielowodzie, główka nad wchodem przy stojących wodach znajdowała się w stanie zupełnego odgięcia; po odpłynięciu wód płodowych badanie wykazało, że przoduje ciemie małe; wkrótce nastąpił poród prawidłowy w położeniu czaszkowym.

W przypadku drugim (miednica prawidłowa, dziecko dość duże) dokładnie obserwowano poród i częstemi kolejnemi badaniami wewnętrznem i stwierdzono, że zupełne odgięcie główki (położenie twarzowe) zamieniło się w miarę postępu porodu na przygięcie, które ostatecznie dokonało się już w próżni przy przejściu do wychodu. Poród odbył się w prawidłowem położeniu czaszkowym. W obydwu przypadkach ułożono rodzące na bok, po którym znajdował się grzbiet i tyłogłowie płodu, w myśl klasycznej zasady, że układać należy na stronę, po której znajduje się punkt główki, którą pragniemy sprowadzić ku dołowi i ku przodowi. Przyczyna omawianego szczególnego mechanizmu pordowego nie jest jasna; naogół jednak cały przebieg porodu przypomina mechanizm porodu przy miednicy płaskiej. Podkreślić należy, że zdecydowane przygięcie główki dokonało się dopiero w momencie przejścia z próżni do wychodu.

W obydwu przypadkach, jak wspomniano wyżej, ułożono rodzące na bok odpowiadający tyłogłowiu płodu, jednakowoż w przypadku drugim zginanie główki rozpoczęło się jeszcze przed ułożeniem rodzącej na bok, a zatem nie można omawianego mechanizmu porodowego odnieść całkowicie na rzecz ułożenia rodzącej.

T. Zawodziński (Warszawa)

CHOROBY OCZU.

Cierpienia grudkowe spojówki u psów. J. Blidstein. *Rev. Int. du Trach. Janv. 1927.*

Zaszczepiając 6 psom grudki jaglicze ludzkie autor tylko w 2 przypadkach otrzymał grudkowe zapalenia spojówek. Dodać tu należy że w tych dwuch przypadkach psy trzymane były w ciasnych i brudnych klatkach i źle odżywiane. Dalej 3 psy były pomieszczone w podobne warunki i bez wszelkiego zarażania spojówki w 2 tygodnie na trzeciej powiece wystąpiło uporczywe zapalenie grudkowe, które długo nie ustępowało, nawet w polepszonych warunkach bytowania zwierzęcia. Autor podkreśla częstość schorzeń grudkowych spojówki u psów. Zaznacza, że schorzenia te nie mają nic wspólnego z jaglicą ludzką. Schorzenia te zależą od różnych jadów i nie mają zarazka swoistego.

Pewne rysy nagminności jaglicy. C. Trapesontzewa. *Rev. Int. du Trach. avril 1928.*

Autorka podaje szereg przykładów z swej praktyki na Ukrainie i w okolicach Wołgi i z tych przykładów wyciąga szereg wniosków przedewszystkiem co do typów zakażeń jaglicą. Przedewszystkiem potwierdza, że blizny pojaglicze nie są zakaźne; dalej, że zakażenie zdarza się w rodzinach, w szkole, w armji. Początkowe okresy jaglicy często rozpoznać trudno i rozpoczyna się najczęściej jako cierpienie przewlekłe, zupełnie podobne do początków jaglicy doświadczalnej.

Nieżyt grudkowy tem się wyróżnia, że w nim grudki są przejrzyste wśród tkanki prawidłowej i nie mają skłonności do niszczenia tkanek i zbliznowacenia. Zdarza się nieżyt grudkowy najczęściej u inteligencji.

Jaglica zdarza się najczęściej jako cierpienie rodzinne w rodzinach biednych w okolicach ubogich w wodę i roślinność. Przypadki uporczywych nieżytów spojówek z aksamitowatością dotyczą zapewne osobników, które są przenośnikami jaglicy sami na nią nie chorując.

Przypadki cierpienia z ropieniem i niewielką ilością grudek spotykane wśród Baszkirów rozpoznawała autorka jako nieżyt pływaków i leczyła lapisem doszczętnie. Autorka uważa, że łączenie jaglicy z limfatycznością szkodzi sprawie walki z jaglicą, bo usypia czujność — tembardziej, że jaglica często zdarza się u osobników niegruźliczych. Kirgizi znowu, u których spotyka się często gruźlicę i kiłę pod różnemi postaciami, stosunkowo rzadko cierpią na jaglicę.

Przyczynek do epidemjologji jaglicy w Polsce. M. Zachert. *Rev. Int. du Trach. Avril, 1928.*

Na 920 zakładów dla dzieci w Polsce zbadano 787 zakładów, ogółem 40789 dzieci i stwierdzono, że w poszczególnych miejscowościach odsetek jaglicy wśród tych dzieci wahał się od 1.35 w Warszawie do 51.92% na Polesiu, 30.58% na Pomorzu. Jedną z przyczyn, które zasadniczo wpłynęły na większy odsetek jaglicy, to powrót dzieci z Rosji — skąd np. wróciło 18.000 sierot po większej części dotkniętych jaglicą — stąd w wielu sierocińcach był duży odsetek jaglicy, gdy tymczasem u ludności miejscowej danych okolic cierpienia tego prawie niema. Zresztą, na ilość przypadków jaglicy wpływają często i złe warunki higieniczne danego zakładu, i zakłady urządzone ciasno, nie mające dostatecznej ilości bielizny i bez umywalek z wodą bieżącą dawały większy odsetek chorych. Wogóle w miastach mniej, a na prowincji więcej jaglicy. Wpływ rasy mało się zaznacza. Największa ilość świeżych przypadków zdarza się w wieku od 5 — 15 lat. 65.38% wszystkich przypadków u dzieci to jaglica ziarnista, i tylko 5.39% blizny pojaglicze.

W. Melanowski.

Zakrzep tętnicy środkowej siatkówki. Villard i Dejean. *Annales d'oculistique kwiecień 1928.*

Rozważając zagadnienie patogenezy zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki, autorzy opisują swój przypadek, spowodowany niewątpliwie zakrzepem:

Pacjentka lat 71. z arterjosklerozą i wysokiem ciśnieniem krwi, od 3 miesięcy miewa przejściowe zamglenia wzroku oka prawego, trwające około minuty o różnem nasileniu, dochodzące do chwilowego zaniewidzenia. Stopniowo objawy te, występujące coraz częściej, doprowadziły do zupełnego prawie zanik ostrości wzroku w przerwie między napadami. Podczas pierwszego badania: Vod $= {}^{1}/_{50}$. Ośrodki przejrzyste bez zmian. Tarcze b. blade, naczynia wąskie. Oko lewe — normalne. Po dwóch miesiącach wystąpiły b. silne bóle oka prawego. nie dające się uśmierzyć środkami farmaceutycznemi, po miesiącu — wszelkie objawy jaskry dokonanej V = O; ciśnienie 90. Wykonano enukleację.

Badanie anatomo-patologiczne: Nerw wzrokowy i żyła środkowa — normalna. Art. centr. retinae zachowała przekrój i kształt normalny. Światło jej zamknięte jest na obserwowanym przebiegu t. j. 8 mm. od lamina cribrosa w tył — przez korek niejednakowej grubości, której maximum osiąga na piątym milimetrze. Na przekroju poprzecznym odpowiadającym temu miejscu stwierdza się: dookoła tętnicy lekki odczyn komórkowy; w, elastica — głęboki ubytek w ścianie, dookoła tego ogniska odpowiadające zmiany w media i intima oraz zanik śródbłonka. Są to bezwątpienia zmiany sklerotyczne.

Autorzy podkreślają znaczenie objawów klinicznych: zator powstaje w obecności endocarditis. podczas gdy zakrzep łączy się ze zmianami naczyniowemi, hypertensją i arterjosklerozą (jak w danym przypadku); stopniowe powstanie; częściowe utrzymanie wzroku (${}^{1}/_{50}$), brak wiśniowej plamy. obrzęku siatkówki — przemawiają tu za trombozą. Jaskra zaś może towarzyszyć zarówno zatorowi jak i zakrzepowi, etjologja i patogeneza jej są jeszcze ciemne.

Zastosowanie adrenaliny przy operacji zaćmy urazowej. Nico Dascalopoulos. *Ann. d'Oculist. kwiecień 1928*

Autor zwraca uwagę na trudności techniczne, napotykane podczas operacji zaćmy urazowej przy zwykłem rozszerzeniu źrenicy przez atropinę.

Natychmiast po cięciu rogówkowem i otwarciu komórki przedniej, ciecz wodna wypływa, tworzy się próżnia, wywołująca ex vacuo przekrwienie naczyń tęczówki. zgrubienie jej i zwężenie, wskutek tego, źrenicy rozszerzonej poprzednio atropiną. W następstwie:

1. Usuwanie mas soczewkowych jest utrudnione. i znaczna ich część, ukryta poza tęczówką, pozostawiona jest samoistnemu wchłonięciu (co nie zawsze ma miejsce).

2. Łyżeczka, wprowadzona do komórki przedniej w celu usunięcia mas, pomimo wszelkich ostrożności, musi pocierać powierzchnię tęczówki w skurczu, wywołując jej podrażnienie, a nawet zrosty. Aby zapobiedz zwężeniu źrenicy ex-vacuo po rozcięciu rogówki, dr. D., opierając się na pracy *Magitot* „O działaniu adrenaliny" (Annales, lipiec 1927) postępuje w sposób następujący: po zwykłem aseptycznem przygotowaniu oka oraz wkropleniu 1% atropiny, napełnia z cntmtr strzykawkę: 1.5 cm. nowokainy i 0.5 cm. (wzgl. 10 kropli) adrenaliny (1 : 1000). Z mieszaniny tej wstrzykuje $^1/_2$ cm. ($2^1/_2$ krople adrenaliny) podspojówkowo, w miejscu przyszłego cięcia rogówkowego. Wyczekuje 10— 5 minut, poczem pod wpływem podwójnego działania: porażenia zwieracza przez atropinę i podrażnienia m. rozszerzającego źrenicę przez adrenalinę—otrzymuje się tak silne rozszerzenie źrenicy, że tęczówka jest prawie niewidoczna. Wówczas nawet po wypłynięciu cieczy wodnej, tęczówka pozostaje w maxymalnem rozszerzeniu. Cystotomem nacina się szeroko torebkę przednią i z łatwością usuwa masy soczewkowe, nawet obwodowe. przytem łyżeczka nie dotyka tęczówki.

Dr. Romana Lilauer.

Osobliwe schorzenia spojówki. V. Morax. *Ann. d'Ocul. 1928. str. 401 — 421.*

Autor opisuje dwa własne przypadki i dwa innych autorów (*Kalta Auliera* i *Lijo Pavia*) przedstawiające zapalenie błoniaste spojówek z tworzeniem się ziarniaków i powodujące zniszczenie rogówki. Przypadki te zdarzają się u dzieci od 6—10 lat; przebiegają z gorączką i trudno poddają się leczeniu. Po dłuższem kilkumiesięcznem trwaniu wskutek uporczywej wydzieliny tworzą się szeroko uszypułowane ziarniniaki, pochodzące z spojówki tarczki, albo i spojówki gałkowej. Ziarniniaki te zwykle pokryte są wiązkim wysiękiem błoniastym. Po wycięciu zwykle zdarzają się nawroty ziarniniaków.

Po wycięciu następuje zwykle nowy napad zapalenia z wysiękiem. Badanie bakterjologiczne nie wykazało prątków błoniczych i leczenie przeciwbłonicze nie pomagało. W dwuch podobnych przy-

padkach stwierdzono obecność szczególnie złośliwego paciorkowca. Proces jest złośliwy i doprowadza często do zaniku gałki ocznej, a nieraz wymagać może wyłuszczenia oka. Dotyczy zwykle jednego oka.

Olśnienie elektryczne. J. N. Roy. *Ann. d'Ocul. 1928, str. 433 — 441.*

Opisuje autor przypadek olśnienia elektrycznego przy spawaniu metalu z odległości 1 m. 30 cm., gdzie robotnik bez szkieł ochronnych doznał przejściowego powierzchownego sparzenia powiek, spojówki i rogówki obustronnego i stałego upośledzenie wzroku oka prawego. Zmiany na dnie ocznem polegały na bliznie siatkówki w okolicy plamkowej i na zaniku tarczy z zwężeniem światła naczyń siatkówki. Przypadki olśnienia są dość częste, jednak najczęściej dotyczą tylko plamki i mogą być przejściowe; wyjątkowo, jak dowodzą, zresztą i przypadki *Terriena*, może się w następstwie rozwinąć zanik n. wzrokowego. Działają tu zapewne głównie silne promienie świetlne — one powodują blizenki ściągające naczynia i zanik następczy n. wzrokowego.

O jaglicy i jaglicach wrzekomych. A. Terson. *Revue Intern. du Trachome, Janv. 1928.*

Autor krótko przypomina przebiegi i objawy nieżytu wiosennego, zapalenia spojówek *Parinauda*, grudek, spowodowanych przez kiłę, nieżyt pływaków, grudki wywołane atropiną i zestawia te choroby z jaglicą. Dalej porusza sprawe istnienia pewnej odporności do jaglicy niektórych osobników, podobnej zresztą do osobniczej odporności do gruźlicy. Autor jest dualistą t. j. odróżnia nieżyt grudkowy od jaglicy, którą uważa za zakaźne i złośliwej natury cierpienie. Schorzenia podobne u zwierząt np. u psów zalicza raczej do nieżytów grudkowych. W jaglicy ludzkiej często podłoże może być przygotowane przez kiłę lub gruźlicę, atoli od przeciwkiłowego leczenia zbyt wielkiego polepszenia nie widział. Pod znakiem zapytania też stawia wakcynoterapję jaglicy.

Walka z jaglicą w Syrji i Libanie. De Peyrelongue. *Rev. Intern. du Trach. Janv. 1928.*

Licznych chorych na jaglicę w tych krajach po wsiach miejscowi znachorzy leczą nacieraniem spojówki kawałkiem cukru. Pomoc fachową chorzy otrzymują dzięki przychodni i klinice ocznej w Beyrucie gdzie obucza się i przyszły personel lekarski kraju oraz szeregowi bezpłatnych lecznic w miasteczkach. Prócz tego dokonują się inspekcje lekarskie w szkołach, w domu, i istnieją lotne przychodnie lekarskie i przeglądy sanitarne. Z środków leczniczych obok lapisu i siarczanu miedzi. w przypadkach wczesnych jaglicy jest używany *naphtolum camphoratum* i leczenie zamrażaniem zapomocą Kelenu. W przypadkach zastarzałych jaglicy i łuszczki jagliczej stosuje autor wstrzykiwanie podspojówkowe cyanku rtęci 1/3000 lub siarczanu miedzi. Z zabiegów ręcznych robi nacięcia spojówki, szczoteczkowanie, przyżeganie galwaniczne wedł. *Abadie*. Rozpoczął też leczenie zapomocą promieni Roentgena. Leczenie mlekiem nie dawało mu wyników. Zaleca stosowanie leczenia zależnie od przypadku. Jako spo-łeczne środki walki zaleca: obowiązkowe zgłaszanie przypadków jaglicy, opiekę nad wszelkiemi zgrupowaniami ludzi, należyte uświadamianie i dozór sanitarny,do którego zalicza i ruchome oddziały przeciwjaglicze.

Sprawa jaglicy na kongresie w Rabat. V. Morax. *Rev. Intern. du Trach. Janv. 1928.*

Autor zaleca, 1° racjonalną statystykę, 2° organizację należytą szpitalnictwa, 3° inspekcję szkolną, 3' inspekcję domostw, wykonywaną przez okulistów i pielęgniarki, 4° dozór okulistyczny w armji, 5° badanie okulistyczne przybyłych z kolonji, 6° staranne wykonywanie ustawodawstwa sanitarnego morskiego z r. 1921 i 8° uzgodnieniu wszelkich władz administracyjnych w walce z jaglicą,

W. Melanowski.

Nawroty ropienia woreczka łzowego w każdym nawrocie obostrzenia jaglicy jednostronnej. J. Sedan. *Rev. Intern du Traeh. Janv. 1929.*

U 43 letniej greczynki w ciągu 5 lat 5 napadów obostrzeń jaglicy z jednoczesnym ropniem woreczka łzowego. Leczenie operacyjne nosa nie pomagało. Autor uważa, że zapalenie woreczka zależało tu od jaglicy. Obok leczenia miejscowego spojówek, ostatecznie usunięto woreczek.

Leczenie jaglicy diatermją. Nouri Fehmi. *Rev. Int. du trachome, Janv. 1929.*

Po znieczuleniu wstrzyknięciem podspojówkowem autor na odwróconą powiekę przykłada elektrodę czynną — do pośladka elektrodę bierną i stosuje prąd od 100 — 250 M. A. w ciągu 20 — 25 sekund. Tkanka bieleje wskutek elektrokoagulacji. Potem następuje obrzęk, a po kilku razach podobnego leczenia z przerwami po parę dni, ziarnina jaglicza zastępuje się gładką blizną. Podwinięcia rzęs nie bywa. W ten sposób w szybkim czasie następuje wyleczenie bez nawrotów.

W. Melanowski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Lupoid pochodzenia gruźliczego. Pautrier. *Bull, de la soc. franç de derm. et de syph. R. 34, nr. 9.*

U 38 letniego chorego z objawami gruźlicy czynnej wystąpiły czerwonawe, nieco krwawiące guzki na twarzy. Histologiczne badanie wykazało, że są to nacieki złożone z limfocytów, komórek plazmatycznych i nielicznych tworów olbrzymich, w środkowej części tych nacieków widoczne są ogniska nekrotyczne, jest to zatem obraz zbliżony do budowy tuberkulidów papulo-nekrotycznych.

Czy krętki blade pochodzące z hodowli Nogushiego, krętki szczepu neurotropowego Levaditi i trepon. cuniculi są identyczne? Bessemans. *Cpt. rend. des séanç. de la soc. de biol. t. 97, nr. 28.*

Autor miał w swojem rozporządzeniu 4 szczepy hodowlane krętków bladych (Nogushiego) jeden

szczep krętków neurotropowych i 1 szczep spirochetozy króliczej. Okazuje się, że dożylne, podskórne i dootrzewnowe stosowanie krętków bladych wywołuje u królików powstanie we krwi rozmaitych przeciwciał (aglutyniny, precypityny, lizyny). Przeciwciała te są swoiste i nie dają odczynów z pozostałemi badanemi szczepami. Wynika z tego, że szczepy te nie są identyczne pod względem biologicznym.

Leczenie łuszczycy promieniami pozafiołkowymi. Bizard i Marceron. *Bull. de la soc. fr. de derm. et de syph. R. 34, nr. 8.*

W uporczywych przypadkach łuszczycy stosowali autorzy naświetlania promieniami pozafiołkowymi w b. silnych dawkach.

Po dwukrotnem naświetlaniu w ciągu 30 min. z odległości 15 cm.—powstawały rumienie i pęcherze, które powodowały ustępowanie wykwitów.

Na naświetlonych odcinkach występowały silne hiperpigmentacje.

Dla zapobiegnięcia nawrotom należy w regularnych odstępach czasu naświetlać chorych ponownie.

Obecność b. perfringens w jednym przypadku rumienia wysiękowego. Boïz. *Bull. de la soc. fr. de derm. ol de syph. R. 34, nr. 9.*

Autor robił systematyczne badanie krwi u chorych na rumień wysiękowy wielopostaciowy; w jednym przypadku udało mu się wyhodować bac. perfringens.

Przypadek uleczenia gangreny na tle skurczu naczyń. Ardin-Delteil, Aroulay, Salles i Chussat. *Bull. et mém. de la soc. méd. de hop. de Paris, nr. 34, R. 43.*

Autorowie spostrzegali 65 letniego mężczyznę, u którego wystąpiła zgorzel prawej stopy. Rentgenogram dokonany po wstrzyknięciu do tętnicy lipjodolu wykazał, że martwica nie jest spowodowana zakrzepem. Wobec tego autorzy rozpoczęli stosowanie insuliny z bardzo dobrym wynikiem.

Dermatose pigmentée péribuccale de Brocq. Milian. *Bull. de la soc. franc. de derm. et de syph. R. 34, Nr. 8.*

Autor przytacza przypadek pigmentacji około ust leczony bez wyniku przez 3 lata. Badanie histologiczne wykazało nacieki w otoczeniu naczyń i bujanie śródbłonków naczyń. Autor zastosował leczenie swoiste z dobrym wynikiem.

Leczenie róży przesączami Besredki. Wassiljewa, Zmigrodski, Manchowa. *Cpt. rend. des seanc. de la soc. de Biol. T. 98. Nr. 3.*

Doświadczenie autorów obejmuje 239 przypadków, w których stosowano „antivirus“ streptokokowy w okładach lub w maści. W 50 przypadkach wstrzykiwano antivirus doskórnie. Objawy zapalne pod wpływem leczenia szybciej cofały się, nawroty powikłania występowały rzadziej niż przy innych sposobach leczenia. Doskórne wstrzykiwanie antivirus daje najlepsze wyniki (10 wstrzyknięć odległych wzajemnie o 1 cm. — po 0,1 antivirus), tego rodzaju „barjera“ zapobiega szerzeniu się sprawy.

M. Grzybowski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA i NOSA.

O odmianach stosunków topograficznych pomiędzy sklepieniem gardła, zatoką klinową a siodłem tureckiem i ich znaczeniu klinicznem. Piazza Missorici. *Revue de lar. d'otol. t. 49, nr. 10, 1928.*

Sprawy dotyczące stosunku wzajemnego przysadki gardlanej, przysadki mózgowej i zatoki klinowej w różnych okresach jej rozwoju są dotąd zbyt mało wyjaśnione i opracowane mimo, iż po podstawowych badaniach *Citellego* i innych zasługują na największą uwagę. Mogą się bowiem przyczynić do wyjaśnienia szeregu spraw klinicznych, dotyczących młodych i dorastających osobników. Autor przeprowadził na strzałkowych przekrojach 27 osobników w wieku od 1 miesiąca do 75 lat, przeważnie jednak u osobników młodych, ścisłe badania anatomiczne nad czasem i stopniem rozwoju zatoki klinowej i wypływającego stąd stosunku podstawy czaszki do obu przysadek. O czasie powstawania zatoki klinowej istnieją dotąd najsprzeczniejsze zapatrywania. Gdy jedni odnoszą go do końcowego okresu życia płodowego, inni podają 1-y, 2-i i 3-i rok życia. Badania autora wykazują dowodnie, że zatoka klinowa powstaje nie wcześniej jak w 6-ym, a przeważnie dopiero w 7-ym r. życia. Rozwinięta z Scl. wydrąża sobie miejsce jużto w całej kości klinowej jużto tylko w jej przedniej części (poraesphenoidale). Są oczywiście i formy przejściowe. W czasie gdy z. kl. jeszcze nie istnieje stosunki między obiema przysadkami, przedzielonemi tylko ścianką kostną, a złączonemi często kanałem czaszkowo-gardłowym (canal craniopharyngé) są bardzo bliskie. Zależnie od stopnia i miejsca rozwoju zatoki klinowej stosunki, styczność ich staje się mniej lub więcej bezpośrednia. Odnosi się to również do wpływu zmian w jamie nosogardłowej na zaburzenia zależne od przysadki mózgowej jak na zespół *Citellego* i akromegalie. Dalsze badania autora są w toku.

A. Szwarzbart
(Kraków).

PEDJATRJA.

Wyniki, dotyczące uodparniania noworodków zapomocą BCG, oparte na dwudziestu spostrzeżeniach. Henri Lemaire et Louis Willemin Clog. *Bul. Soc. Ped. Nr. 6 1928.*

Z pośród entuzjastycznych poglądów adherentów szkoły *Calmette'a* na wyniki, osiągane szczepionką *Calmette'a* z jednej, zaś wysoce krytycznych zdań większości badaczy niemieckich z drugiej strony, winny wzbudzić zainteresowanie badania na niewielką skalę, lecz nadzwyczaj sumiennie przeprowadzone przez dwuch autorów francuskich.

Autorowie zupełnie słusznie uważają, że te przypadki, w których dzieci nie przebywały w kontakcie z chorym na gruźlicę nie mogą być uważane za argument ani na korzyść, ani też przeciwko skuteczności szczepień. Przypadki te niepotrzebnie zaciemniają przejrzysty obraz statystyki. Natomiast zasługują na uwagę te dzieci, które przebywały w ścisłym kontakcie z chorym. Autorzy podają tutaj dwa przypadki, w których odczyn tuberkulinowy pozostaje ujemny, chociaż kontakt z chorym trwa, dzieci zaś mają jedno już $1^1/_2$ roku, drugie dwa lata. Natomiast autorzy mają do zanotowania cały szereg spostrzeżeń mniej korzystnych, w których rozwinęła się gruźlica czynna. Coprawda w większości z nich (7 przypadków) noworodki nie były zupełnie izolowane po urodzeniu. (Jak wiadomo *Calmette* żąda 3-y tygodniowej izolacji noworodków — od źródła zakażenia, a to w celu ustalenia się odporności). Jednakże w dwuch przypadkach izolacja była przeprowadzona (przyczem w 14-u przypadkach w ciągu 3-ch miesięcy), a pomimo to dzieci zachorowały na czynną gruźlicę, jedno w wieku 1-go roku, drugie $^1/_2$ roku. W tym ostatnim przypadku autorzy uważają za możliwe istnienie zakażenia śródłożyskowego. Natomiast autorzy podkreślają, że u dzieci szczepionych, przez nich spostrzeganych, gruźlica miała przebieg wyjątkowo łagodny, nie kończący się śmiercią dziecka.

Autorzy w konkluzji podkreślają. 1. zupełną, bezpośrednią nieszkodliwość szczepień zapomocą BCG, 2. ich własność uodparniającą w niektórych przypadkach bezwzględną, w innych jednak tylko względną,

H. B.

Ostry gościec stawowy u dzieci. H. Grenet et J. Delalande. *Archives de Médicine des Enfants T. XXXI. Nr. 8 1928.*

Autorowie podają ciekawe zestawienia kliniczne, oparte na spostrzeżeniach dotyczących kilkudziesięciu przypadków ostrego gośćca stawowego u dzieci. Zwracają oni uwagę na obecność anginy w 30% przypadków, objawów ze strony przewodu pokarmowego, głównie w postaci bólów brzucha w 25%; zdarzają się tutaj nieraz trudności różniczkowo-rozpoznawcze w stosunku do zapalenia wyrostka robaczkowego. Szczególnie zasługują na uwagę te przypadki, gdzie choroba ujawniająca się najprzód w postaci wysokiej gorączki i ciężkiego stanu ogólnego, przebiegała zupełnie bez wszelkich objawów ze strony stawów; występujące w powyższym okresie schorzenie osierdzia lub wsierdzia pozwalało na ustalenie rozpoznania i zastosowanie leczenia salicylatami z bardzo dobrym wynikiem. Jako objaw stały we wszystkich spostrzeganych przypadkach, autorzy podkreślają wybitną bladość skóry i śluzówek, występującą już w pierwszych okresach choroby. Objawy ze strony wsierdzia występowały w 80% przypadków, jednakże tylko w 50% pozostawiały trwałe zmiany na zastawkach. Na uwagę zasługuje również przypadek wystąpienia ciężkiego zapalenia nerek typu azotemicznego z przebiegiem śmiertelnym.

Leczenie polegało głównie na podawaniu natr. salic. (6—8 gr. dziennie poniżej 10 lat, 8—10 gr. starszym, przeważnie per os). W przypadkach nietolerancji stosowano lewatywy, w przypadkach szczególnie uporczywych wstrzyknięcia dożylne. Jako leczenie dodatkowe stosowano wstrzyknięcia dożylne złota kolloidalnego z wynikiem korzystnym; naogół związki kolloidalne są tu korzystne, lecz złoto zdaje się posiadać wyższość nad innymi preparatami.

H. B.

BAKTERJOLOGJA i SEROLOGJA.

1) Uodparnianie koni antygienami z paciorkowców płoniczych. 2) Własności surowic tych koni. 3) Odczyn kłaczkowania z przesączami z hodowli paciorkowców płoniczych. G. Ramon, R. Martin, A. Lafaille, D. Fraser. *C R S B 1928 V. 99 str. 729, 731, 734.*

Do hodowania paciorkowców płoniczych, celem otrzymania toksyny, najlepiej nadaje się buljon *Martin*, (ph7—7,4) lepiej niż pożywki używane przez *Dick'ów*. Do doświadczeń użyto szczepów *Dick'ów* i *Dochez'a* oraz dla kontroli paciorkowców zakażenia połogowego. Konie uodporniano przesączami z pięciodniowych hodowli, temiż przesączami gotowanemi, całkowitemi hodowlami żywemi i zabitemi przez ogrzewanie podając zawsze te same dawki od 50 cc. do 600 cc., siedem razy co 4—5 dni. Szczepienia hodowlą paciorkowców płoniczych i przesączami z nich konie znosiły dobrze, odczyny miejscowe były nieznaczne, jednak silniejsze z paciorkowcami żywemi. Natomiast hodowle paciorkowców z gorączki połogowej dawały odczyny gwałtowne miejscowe i ogólne.

Odczyny skórne z toksynami płoniczemi u koni badanych były jednakowe przed i po szczepieniu i występowały bez różnicy ze wszystkiemi toksynami, nawet gotowanemi. Stąd wniosek, że wbrew opinji wielu autorów konie nie nadają się do miareczkowania toksyn płoniczych.

Surowice koni tych były badane na odczyn zlepny z różnemi paciorkowcami.

Okazało się, że szczepienie przesączami nie wywołuje powstawania zlepników. Surowice koni, szczepionych paciorkowcami płoniczemi, posiadają zlepniki tylko dla paciorkowców płoniczych, przyczem szczepy *Dick'ów* i *Dochez'a* w znacznej mierze różnią się pomiędzy sobą.

Paciorkowce gorączki połogowej nie mają wspólnych zlepników z paciorkowcami płonicy.

Toksyna płonicza, używana do badania wrażliwości na płonicę oraz do szczepień ochronnych jest dotychczas miareczkowana na ludziach, przeważnie małych dzieciach. Wstrzykując osobom wrażliwym doskórnie różne rozcieńczenia toksyny, określamy najmniejszą dawkę, która daje jeszcze odczyn skórny. Obliczamy następnie miano toksyny w dawkach skórnych. Jest to metoda nadzwyczaj niedogodna, ponieważ wymaga materjału ludzkiego, prócz tego, ze względu na duże wahania wrażliwości osobniczej, jest ona również niedokładna. Żadne ze zwierząt nie nadaje się do miareczkowania toksyny płoniczej.

Prace *Ramona* i jego współpracowników wskazują nam na możność przezwyciężenia wspomnianych trudności, zastępując miareczkowanie toksyny na ludziach, miareczkowaniem jej in vitro zapomocą

odczynu kłaczkowania (flokulacji), który znalazł już zastosowanie w miareczkowaniu toksyny płoniczej i tężcowej.

Technika odczynu jest następująca: do szeregu rurek rozlewa się po 2 cc. toksyny, a potem surowicy koni uodpornionych w stopniowo zmniejszających się dawkach 1,0, 0,5... 0,01, 0,0075 i t. d.; wstawia do cieplarki w 40°. Po kilku—kilkunastu godzinach powstają kłaczki, z początku w jednej epruwetce, potem w kilku najbliższych. Odczyn ten pod wielu względami różni się od odczynu kłaczkowania z toksyną płoniczą. A mianowicie: zona kłaczkowania jest tu szeroka, kłaczki są drobniejsze, powstają później, wreszcie, co jest najważniejsze, czynnik kłaczkujący jest ciepłochwiejny (toksyna ogrzana do 60° w ciągu pół godziny już nie daje odczynu) wówczas, gdy toksyna płonicza, jak wiadomo, jest ciepłostałą.

Tam, gdzie powstaje kłaczkowanie, toksyna nie zostaje zobojętnioną i płyn odwirowany od kłaczków daje odczyny skórne. Jednak pomimo to odczyn kłaczkowania ma wartość praktyczną i może nadawać się do miareczkowania toksyny płoniczej.

Jeśli nastawić próby z całym szeregiem toksyn, których miano jest określone w dawkach skórnych i jedną surowicą, widzimy, że im mniejsze dawki surowicy dają jeszcze kłaczkowanie, tem silniejszą jest toksyna. Tak naprzykład: toksyna kłaczkująca z 0,01 surowicy zawiera 30.000 dawek skórnych w jednym cc; toksyna kłaczkująca z 0,0075 surowicy zawiera ich 40.000

Należy więc opracować pewną skalę, używając toksyny i surowicy wymiareczkowanych na ludziach, a następnie, dostosowując się do tej skali, możemy miareczkować toksyny za pomocą odczynu kłaczkowania, używając surowicy wiadomej, lub odwrotnie, miareczkować surowicę, używając toksyny wiadomej.

Badanie surowic, o których była mowa na wstępie, wykazało, że surowice koni, szczepionych całkowitą hodowlą paciorkowców są najsilniejsze, ponieważ dają odczyn kłaczkowania w dawkach najniższych. Surowice otrzymane przez uodparnianie za pomocą przesączy, czyli czystej toksyny, są słabsze. Przesącze gotowane oraz hodowle, zabite ogrzewaniem dają surowice mało wartościowe.

Rozwój krętków i machanizm przesilenia w zakażeniach krętkami. Charles Nicolle (*Arch. de l'institut Pasteur de Tunis* (T. 26. fasc. 2. 1927).

Wiadomości, jakie posiadamy o zakażeniach krętkami duru powrotnego, pozornie tylko nadają im zupełnie odrębne stanowisko w szeregu chorób zakaźnych. Zjawiska oparte na prawach ogólnych występują w durze powrotnym z większą jasnością niż w innych chorobach zakaźnych. Dlatego też poznawanie przebiegu zakażeń krętkami duru powrotnego otwiera nam szerokie perspektywy do badań nad innemi zakażeniami i do zrozumienia najtrudniejszych zagadnień nauki o odporności.

W durze powrotnym czynnik chorobotwórczy—krętki, występują we krwi kolejno w dwuch postaciach; widocznej i niewidocznej (o wybituych własnościach chorobotwórczych).

Najlepiej jest zbadanym dur powrotny europejski. Krętki duru powrotnego wraz z krwią chorego przenikają do jelita wszy i tam znikają po paru godzinach. W ciągu conajmniej sześciu dni nie możemy wykazać w ustroju wszy ani jednego krętka. Następnie nagle ukazują się one w ogromnej ilości we krwi wszy. Z początku w kształcie bardzo drobnych i krotkich, ledwo dostrzegalnych postaci, następnie rozrastają się do zwykłych rozmiarów.

Sergent badał zjadliwość zarazków duru powrotnego we wszy w różnych okresach. Okazało się, że zjadliwość jest największą w szóstym dniu po zakażeniu się wszy krwi chorego, wówczas gdy krętków jeszcze nie widzimy; w następuych dniach gdy krętki się ukazują. zjadliwość słacnie.

W podobny sposób zachowują się krętki w zakażonym ustroju ludzkim. Krętki ukazują się w krwiobiegu podczas napadu, liczba ich szybko wzrasta, tak dalece, iż wkrótce krew zdaje się być jakby pożywką bierną dla hodowli krętków. Jednakże w tym okresie dostrzegamy już w krętkach pewne zmiany zapowiadające bliski ich upadek; stają się one coraz dłuższe i grubsze, coraz mniej ruchome, zbliżają się do postaci bakteryjnych, następnie zjawiają się w nich ziarnistości, przychodzi proces zwyrodnienia. Podczas przesilenia w ciągu kilku godzin wszystkie krętki znikają z krwiobiegu. Najdokładniejsze badanie morfologiczne nie wykazuje już w tym czasie ani śladów tworów podobnych do krętków, a jednak krew w ciągu kilku dni jeszcze pozostaje zakaźną. Jeśli następnie przychodzi nawrót, znów ukazują się w krwiobiegu krętki.

Zjawisko to możemy obserwować in vitro, badając pod mikroskopem kroplę krwi, pobraną przed ósmym nawrotem i umieszczoną w płynnej wazelinie. Po kilku godzinach stania w cieplarce widzimy w niej powstawanie dużej ilości krętków, które mogły rozwinąć się z taką szybkością tylko z jakichś postaci niewidocznych, które się już we krwi poprzednio znajdowały.

U wszystkich zwierząt zarazki duru powrotnego znajdujemy w postaci niewidocznej zawsze na początku napadu, wówczas gdy ciepłota ciała się podnosi, a krew jest już zakaźną, chociaż w krwiobiegu krętków jeszcze nie widzimy.

Przebieg duru powrotnego u człowieka i wogóle u kręgowców wrażliwych daje cały szereg różnorodnych postaci, począwszy od zakażenia klasycznego do niewidocznej, utajonej postaci tej choroby. U człowieka postać utajona wyraża się gorączką, krew staje się zakaźną, lecz krętków we krwi brak.

Znane są również przykłady zakażeń, gdy zarazek duru powrotnego występuje tylko w jednej postaci — niewidocznej. U gryzoni zwanych *Meriones schavi*, zakażonych krętkami duru powrotnego hiszpańskiego, nigdy nie udało się znaleźć krętków we krwi, która zawiera jednak duże ilości zarazków zjadliwych, ponieważ zakażenie tą krwią, dokonane w warunkach najtrudniejszych (kropelka na spojówkę oczną) daje dur powrotny klasyczny u świnki morskiej.

Z poprzedniego wynika, że niewidoczne postacie zarazka duru powrotnego są silnie zjadliwe.

Takież zjawisko spostrzegamy we wszy, zakażonej durem powrotnym hiszpańskim. Zarazki w ustroju wszy się rozwijają, tak że krew jej staje się zakaźną dla zwierząt doświadczalnych. Zarazki te jednak nigdy nie dorastają do postaci dojrzałej widocznej. Badanie mikroskopowe ktętków nie wykazuje.

Z danych powyższych Nicolle szkicuje następujący schemat rozwoju krętków duru powrotnego w ustroju zarówno wszy, jak ludzi i zwierząt ssących.

1) Postać niewidoczna (stade invisible) w kształcie ziarnistości pozbawiona zjadliwości, jest to postać oporna (forme de resistance).

2) Postać niewidoczne, którą Nicolle nazywa „previsible", odpowiada ona krętkom, które nie są jeszcze widoczne, jest to postać najzjadliwsza.

3) Postać krętków typowych, zjadliwość ich obniża się stopniowo wraz z rozwojem, w okresie dojrzałości stają się one zupełnie niezjadliwe, przechodząc w postać pierwotną, saprofityczną (forme ancestrale saprofite).

Jeśli na zasadzie danych powyżej przytoczonych, zastanowić się nad istotą napadu w durze powrotnym odnosi się wrażenie, że jest on skutkiem rozpowszechnienia we krwi krętków w postaci niewidocznej (stade prévisible) i jednocześnie zjadliwej. Te postacie przeobrażaja się następnie stopniowo w zwykłe krętki. Jednocześnie „stade prévisible" w dalszym ciągu się rozmnażają, odszczepiając się prawdopodobnie od obu postaci — widocznej i niewidocznej. W ten sposób w ciągu kilku dni postacie previsible i krętki typowe istnieją we krwi jednocześnie. Sposób rozmnażania się obu postaci jest różny, — postać „prévisible" rozmnaża się drogą fragmentacji, krętki jak bakterje — drogą podziału poprzecznego.

Stopniowo, w miarę rozwoju choroby, coraz więcej postaci previsible przekształca się w krętki, a zjadliwość krwi obniża się.

Od chwili zakażenia, ustrój zwierzęcy wydaje się całkiem bezbronnym wobec zjadliwych postaci zarazka, które się w niem rozmnażają. Po wyczerpaniu normalnych sił ochronnych, staje się on dla zarazków jakby zwyczajnem podłożem do hodowli. Krętki rozmnażają się w nim jak in vitro.

Zarazki, nie spotykając oporu, stopniowo utracają swą zjadliwość i powracają powoli do stanu saprofitycznego. Tą drogą w pewnym w momencie ustrój zawiera masę tworów, pozbawionych prawie wszelkiej zjadliwości. W tym stanie krętki stają się doskonałym czynnikiem uodparniającym, jakby szczepionką żywą osłabioną. Na działanie tego czynnika ustrój odpowiada szybko wytworzeniem ogromnej ilości przeciwciał i tak uzbrojony niszczy jednym zamachem wszystkie krętki.—Niektóre tylko z nich w postaci ziarnistości (forme de résistance) unikają zagłady, mogą przeżywać dość długo w ustroju i dawać nawroty; spowodowane przez krętki odmienne pod względem serologicznym; bo odporne na działanie przeciwciał; powstałych podczas pierwszego napadu.

H. Sparrow.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie łuszczycy. (Masson *Paris medical 1928, Nr. 37).*

Masson poleca gorąco sposób leczenia polegający na jednoczesnem stosowaniu maści składającej się z: chryzarobiny, kwasu salicylowego, mydła szarego, àà 3,o, wzgl. 5,o i lanoliny 3o,o, oraz naświetlań lampą kwarcową. Naświetlania są stosowane co drugi dzień, poczynając od 7 minut do 12 minut, z odległości 6o cm. Naświetlania stosuje się ogólne, nie tylko miejscowe. Co się tyczy maści, to u chorych ambulatoryjnych stosuje ją autor tylko na noc; rano zmywa ją chory olejkiem migdałowym.

Przy powyższym sposobie leczenia łuszczyca ustępowała w ciągu kilku tygodni.

SKRZYNKA REDAKCYJNA.

PYTANIA.

39.

Pannie 24-letniej usunięto obustronnie jajniki z powodu torbieli, które były przyczyną nieznośnych boleści i silnych krwawień miesięcznych.

1. Jakie i kiedy wystąpią somatyczne i psychiczne objawy kastracji?

2. Czy przewidziany jest w szczególności zanik libido sex. aż do wstrętu do męża, gdyż ma zamiar wyjść zamąż za ukochanego mężczyznę.

3. Czy i jakie preparaty organoterapeut. są wskazane i w jakich dawkach?

4. Proszę o wskazanie literatury polskiej, niemieckiej ew. rosyjskiej (obszerniejszy artykuł, książkę) omawiającej powyższe zagadnienie.

Dr A. T. w W.

40.

Czy istnieje możliwość zarażenia przez osobników kiłowych leczonych, ze stale ujemnym odczynem krwi na Wa oraz bez jakichkolwiek objawów chorobowych za wyjątkiem nieznacznego powiększenia i stwardnienia gruczołów pachwinowych?

Dr S. T. w Sz.

41.

Jakiemi środkami można najpewniej i najrychlej osiągnąć przyrost wagi ciała u osobników zresztą zdrowych? Czy istnieje jaka kuracja niezawodna?

Dr. S. T. w Sz.

ODPOWIEDZI.

Ad. 38.

Zakład gimnastyki leczniczej dla skoliotyków znajduje się w W wie Jerozolimska 51. Pozatem w Poznaniu, Krakowie i Lwowie oraz w Zdrojowiskach: w Ciechocinku „Ortos" ord. prof. E. Loth i w Iwoniczu ord. Dr. Aleksiewicz.

Prof. Dr. Edward Loth.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.



I

NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE. *DOROŚLI* 1,0—2,5 grm. „PRO DIE“.
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p).

POSTACI:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 grm.
W rurce 10 opłatków.



PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ *L. NASIEROWSKI*
PIĘKNA 62. WARSZAWA Tel. 30-42; 124-39.

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

Zawiera w stanie ***biologicznie czynnym i niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

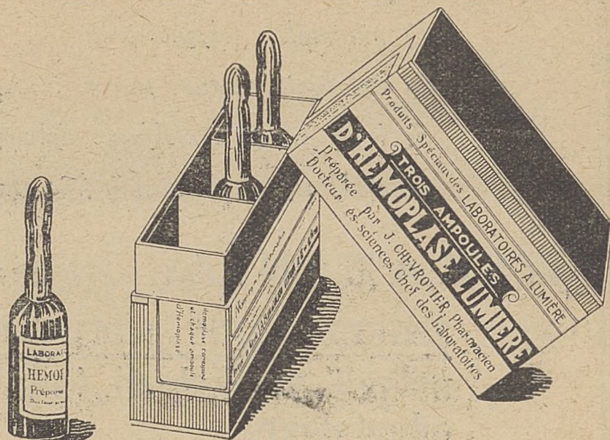
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. (1/5 amp.) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc. (1/2—1/1 amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i waniliją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

od 2—6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat 3—4 łyż. dziennie.



Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU